**Doamnei Director,**

Subsemnatul(a) ,

*(nume, inițialele tatălui, toate prenumele – completat cu majuscule și diacritice)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CNP: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

,*(SAU serie și număr pașaport pentru cei care NU au CNP românesc)*

**absolvent al UMF** ,

facultatea promoția ,

**locul de muncă actual** *(se completează doar de rezidenți și de specialiști)*

funcția ,

*(rezident în specialitatea ... anul … / specialist în specialitatea ... )*

unitatea ,

vă rog să-mi aprobați înscrierea la concursul de rezidențiat sesiunea

**16 noiembrie 2025** cu susținerea concursului în

**centrul universitar**  pentru

**domeniul** și sunt de acord cu afișarea numelui în lista cu rezultatele concursului, publicată pe internet DA NU.

**Dovada achitării taxei** de concurs *(chitanța nr./data)* .

telefon ……………………………

e-mail …………………………………………………………

Subsemnatul(a) ……………………................................................................................… declar că am luat la cunoștință drepturile mele conform legislației în materie de prelucrare de date cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul UE nr. 679/2016 și îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor prevăzute în prezenta cerere de înscriere la concurs pe durata desfășurării concursului, iar pentru cei confirmați rezidenți, pe toată durata pregătirii.

**Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea participării la concurs.**

DA, sunt de acord NU sunt de acord

Data: Semnătura,

# Doamnei director al Direcției de Sănătate Publică Constanța