



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A
JUDEȚULUI CONSTANȚA**

**CONSIMȚĂMÂNT ÎN CEEA CE PRIVEȘTE PRELUCRAREA DATELOR CU
CARACTER PERSONAL**

Subsemnata/Subsemnatuldomiciliat/ă
în.....

.....e-mail.....telefon.....,

declar prin prezenta că sunt de acord ca Direcția de Sănătate Publică Județeană
Constanța prin departamentele de specialitate/Comisia de Malpraxis să proceseze
datele mele personale în cadrul activității
de..... (se

trece obiectul solicitării pentru care se face colectarea datelor sau temeiul legal),
în baza REGULAMENTULUI (UE) 2016/679 AL PARLAMENTULUI
EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI din 27 aprilie 2016 privind protecția
persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și
privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE
(Regulamentul general privind protecția datelor), precum și prelucrarea,
stocarea/arhivarea datelor conform normelor legale incidente.

Consimțământul meu în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal,
precum și furnizarea datelor personale este acordat pentru scopul menționat și declar
că am luat la cunoștință de drepturile mele conferite de Regulamentul UE 679/2016.
Am fost informat că beneficiaz de toate drepturile pe care subiecții datelor cu
caracter personal le dețin, dreptul la acces la date, dreptul la ștergere datelor, dreptul
restricționare, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul la opoziție, dreptul la
rectificare, drepturi menționate în Regulamentul UE 679/2016.

DATA.....

SEMNATURA.....