

CATRE

DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA A JUDETULUI CONSTANTA

Subsemnatul(a)* _____,
medic/ dentist / farmacist specialist confirmat(ă) prin OMS nr. _____ din
anul _____, în
specialitatea _____, cu o
vechime în specialitate de 5 ani la data de ____/____/____, având locul de muncă
la _____,

Vă rog să-mi aprobați înscrierea la examenul de obținere a gradului de primar,
organizat în sesiunea **17 iunie 2021**.

Solicit susținerea examenului în Centrul universitar _____;

Solicit transmiterea certificatului obținut la DSPJ _____;

C.N.P. _____,

Telefon de contact _____,

Mail _____.

Subsemnatul _____ 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 publicația de înscriere/examen/concurs, pe durata pregătirii și pentru organizarea
examenului/concursului. Datele și documentele cu caracter personal sunt cele prevăzute în publicația de
înscriere/examen/concurs. Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea înscrierii la
pregătire/examen/concurs.

DA sunt de acord

NU sunt de acord

Data _____ 2021

Semnătura _____

Domnului Director Executiv al Direcției de Sănătate Publică a Județului Constanța

***Numele și prenumele se va completa cu inițiala tatălui, litere de tipar si cu diacritice**