

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI CONSTANȚA

Subsemnatul/a _____ licențiat ca: 1. medic; 2. medic dentist; 3. farmacist, cu finalizarea programului de pregătire la data de ____/____/_____, vă rog să-mi aprobați înscrierea pentru examenul de obținere a titlului de specialist în specialitatea _____, din sesiunea **12 octombrie 2022**, confirmat în rezidențiat prin OMS nr. _____/_____.

Solicit susținerea examenului în centrul universitar _____, unde am efectuat pregătirea de minimum 6 luni din stagiul de bază în specialitate, în perioada _____.

Solicit transmiterea certificatului de medic / medic dentist / farmacist specialist la DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ _____

1. C.N.P. _____,
2. telefon de contact _____,
3. adresa mail _____,
4. loc de muncă cu durată nedeterminată* _____.

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 personale, pentru organizarea examenului și afișarea listelor nominale ale candidaților înscriși pe site-ul www.ms.ro, conform publicației de examen. Datele și documentele cu caracter personal sunt cele prevăzute în publicația de examen.

DA sunt de acord

NU sunt de acord

Data: _____ 2022

Semnătura _____

Doamnei Director al Direcției de Sănătate Publică Județeană Constanța

Datele se vor completa cu litere de tipar și diacritice și inițiala tatălui

*Locul de muncă se completează doar de către candidații cu contract pe durată nedeterminată