**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 aprobaţi înscrierea pentru examenul de obţinere a titlului de specialist în specialitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, din sesiunea **12 aprilie 2023**, confirmat în rezidentiat 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.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea înscrierii la examen.

DA sunt de acord NU sunt de acord

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023

Semnătura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doamnei Director al Direcției de Sănătate Publică Județeană Constanța

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

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