

Către
Direcția de Sănătate Publică a Județului Constanța
Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul (a) _____ cetățean _____
(numele persoanei care completează cererea)

cu domiciliul în : _____ strada _____ nr. _____ județul _____,
localitatea _____

titular al actului de identitate _____ seria _____ nr. _____ telefon _____
(buletin sau pașaport)

vă rog să aprobați vizarea unui număr de _____ acte, reprezentând:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

(se menționează tipul actului/ număr/data)

aparținând lui _____, cetățean _____
titular al actului de identitate _____ seria _____ nr. _____

(buletin sau pașaport)

Numărul actului de împuternicire este _____
(procura notarială, împuternicire avocațială sau delegație, după caz)

Menționez că aceste acte îmi sunt necesare în _____
(țara în care urmează să fie folosit actul)

Subsemnatul _____ cu datele de identificare
menționate în cerere, cunoscând prevederile Codului Penal privind falsul în declarații, uzul de fals, etc, declar pe propria
răspundere că actele a căror vizare, o solicit de către Direcția de Sănătate Publică a Județului Constanța sunt corecte și obținute
în mod legal. Îmi asum orice răspundere pentru prezenta declarație.

Menționăm că: - se vizează numai documentele medicale eliberate de unitățile sanitare de pe raza municipiului Constanța
- documentele care se vor viza trebuie să aibă ștampila și numele reprezentantului legal al instituției emitente
precum și semnătura și parafa medicului curant.

Data _____
(primirii actelor)

Semnătura _____

Data _____
(eliberării actelor)

Semnătura _____
(celui care primește actele)

-
- 1 – titular al actului, soț/soție al/a titularului, rudă de gradul I sau II (se menționează gradul de rudenie), împuternicit cu procură notarială, delegat al unei persoane juridice (se menționează denumirea persoanei juridice), avocat, după caz;
 - 2 – se completează, după caz, cu datele solicitantului privind domiciliul (în cazul persoanei fizice), respectiv localitatea unde are sediul persoana juridică;
 - 3 – act de identitate, alt document similar, emis de instituții sau autorități publice din statul, altul decât România, în care are domiciliul sau reședința ori pașaport; pentru persoane juridice se înscrie codul unic de identificare (CUI);
 - 4 – act de de identitate, alt document similar, emis de instituții sau autorități publice din statul, altul decât România, în care are domiciliul sau reședința ori pașaport; 5 – procură notarială, împuternicire avocațială sau delegație, după caz.

Direcția de Sănătate Publică Județeană Constanța prelucrează datele cu caracter personal furnizate de dumneavoastră prin acest document prin mijloace automatizate/manual în scopul soluționării cererii dumneavoastră în conformitate cu Regulamentul (UE) nr. 679/2016 privind Prelucrarea Datelor cu Caracter Personal, cu modificările și completările ulterioare. Totodată, aveți dreptul de acces, de opoziție, de intervenție asupra datelor, precum și de a nu fi supus unei decizii individuale. Pentru exercitarea acestor drepturi, vă puteți adresa cu o cerere scrisă, datată și semnată la registratura Direcției de Sănătate Publică Județeană Constanța. Totodată, aveți dreptul de a vă adresa justiției, în condițiile legii. Prin completarea și semnarea cererii, vă dați acordul cu privire la colectarea și prelucrarea datelor cu caracter personal.