

Model de cerere pentru înscrierea în audiență

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI CONSTANȚA

Subsemnatul/Subsemnata.....cu
domiciliul/reședința în..... str.
.....,nr.,bl.,sc.,ap.,
sector.....,județ.....telefon.....,
e-mail.....solicit acordarea unei audiențe
la.....

Motivele solicitării în audiență sunt următoarele :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

În sprijinul celor afirmate depun în copie următoarele documente:

.....
.....

Față de cele de mai sus, vă rog să-mi aprobați acordarea unei audiențe.

Doresc să fiu informat cu privire la aprobarea cererii mele pe următoarele coordonate de contact.....

Cererea este depusă personal/prin reprezentant.....

Data..... Semnătura.....

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.