

CERERE TIP PETIȚIE conform O.G.27/2002 privind reglementarea activității de soluționare a petițiilor, cu modificările și completările ulterioare

Denumirea autorității sau instituției publice: DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI CONSTANȚA

Sediul/Adresa : Strada Aleea Lacramioarei nr.1, mun.Constanța, jud.Constanța

Numele și prenumele petentului _____

Adresa _____

Telefon (opțional) _____

Email _____

Stimate domnule/Stimată doamnă

Conținutul petiției

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

Data

Vă mulțumesc pentru sollicitudine,

.....

(semnătura petentului)

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.