

DOAMNĂ DIRECTOR GENERAL,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_,  
confirmat medic rezident prin OMS nr. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, în  
specialitatea **Anestezie și terapie intensivă**, cu finalizarea pregătirii în  
rezidențiat la data de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, vă rog să-mi aprobați înscrierea la examenul  
de obținere a titlului de specialist din sesiunea **14 septembrie 2019**.

Centre universitare unde am efectuat pregătirea \_\_\_\_\_;

Solicit susținerea examenului în Centrul universitar \_\_\_\_\_;

Solicit transmiterea certificatului obținut la DSPJ \_\_\_\_\_;

C.N.P. \_\_\_\_\_,

Telefon de contact \_\_\_\_\_,

E-mail \_\_\_\_\_.

Subsemnatul \_\_\_\_\_  
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 prevăzute în  
publicația de înscriere/examen/concurs, pe durata pregătirii și pentru organizarea  
examenului/concursului. Datele și documentele cu caracter personal sunt cele  
prevăzute în publicația de înscriere/examen/concurs.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea înscrierii la  
pregătire/examen/concurs.

DA, sunt de acord NU sunt de acord

Data:

Semnătura:

**Doamnei Director General a Centrului de Resurse Umane în Sănătate Publică  
Gabriela ANGHELOIU**

Numele candidatului se va completa cu litere de tipar și cu diacritice,  
conform CI/BI