

nr. _____
din _____
- București -

ȘEFULUI DIRECȚIEI MEDICALE

Subsemnatul(a) _____
(nume, inițialele tatălui, toate prenumele – completat cu majuscule și diacritice)

CNP _____ **absolvent al UMF** _____
_____, facultatea _____

promoția _____, **locul de muncă actual** (se completează doar de rezidenți și de specialiști) funcția _____
(rezident în specialitatea ... anul ... / specialist în specialitatea ...)

unitatea _____,

vă rog să-mi aprobați înscrierea la concursul de rezidențiat sesiunea **17 noiembrie 2024**, cu susținerea concursului în **centrul universitar** _____

pentru **domeniul** _____

și sunt de acord cu afișarea numelui în lista cu rezultatele concursului, publicată pe internet

☐ DA ☐ NU

Dovada achitării taxei de concurs (*chitanța nr./data*) _____.

telefon.....

e-mail.....

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 prevăzute în prezenta cerere de înscriere la concurs pe durata desfășurării concursului, iar pentru cei confirmați rezidenți, pe toată durata pregătirii.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea participării la concurs.

☐ DA, sunt de acord ☐ NU sunt de acord

Data

Semnătura,