

## Domnule Director,

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

CNP: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ,(SAU serie și număr pașaport pentru cei care NU au CNP românesc)

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

**14 mai 2023** cu susținerea concursului în

centrul universitar \_\_\_\_\_ **BUCUREȘTI** \_\_\_\_\_ pentru

domeniul \_\_\_\_\_ **MEDICINĂ** \_\_\_\_\_ 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,

Domnului director al Direcției de sănătate publică .....