DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul(a)_____,
medic / medic stomatolog / farmacist specialist,

Confirmat prin OMS nr._____ din anul_____, în specialitatea_____,
cu experiență profesională în specialitate de 5 ani la data ___/___/_____, având locul de muncă la_____,
vă rog să-mi aprobați înscrierea la examenul de obținere a gradului de primar, organizat în sesiunea **.....**

Solicit susținerea examenului în Centrul universitar_____;

Solicit transmiterea certificatului obținut la DSPJ_____;

C.N.P. _____,

Nr. telefon _____,

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 examen, pentru organizarea examenului și afișarea listelor nominale ale candidaților înscriși pe site-ul www.ms.ro, conform publicației de examen. Datele și documentele cu caracter personal sunt cele prevăzute în publicația de examen.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea înscrierii la examen.

DA, sunt de acord NU sunt de acord

Data: Semnătura:

Doamnei director a Direcţiei Reglementare şi Formare Profesıonală Medicală

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

NOTĂ: Pentru buna comunicare cu candidații în situațiile care o impun, rugăm completarea lizibilă a adresei e-mail.