



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SPITALUL DE PSIHIATRIE CRONICI DUMBRĂVENI



Comuna Dumbrăveni, jud. Vrancea, cod poștal 627105

Tel. 0237.255087 Fax 0237.254877 E-mail spital@spitaldumbraveni.ro

Nr. _____ din _____

FORMULAR DE INSCRIERE

Functia solicitata.....

Data organizarii concursului , proba scrisa si/ sau proba practica, dupa caz

.....
.....

Numele si prenumele candidatului.....

Datele de contact ale candidatului :

Adresa:.....

E- mail.....

Telefon:.....

Persoane de contact pentru recomandari:

| Numele si prenumele | Institutia | Functia | Numarul de telefon |
|---------------------|------------|---------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Anexez prezentei cereri dosarul cu actele solicitate.

Mentionez ca am luat cunostinta de conditiile de desfasurare a concursului.

Cunoscand prevederile art.4 pct.2 si 11 si art.6 alin.(1) lit.a) din Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European si al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date si de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protectia datelor), in ceea ce priveste consimtamantul cu privire la prelucrarea datelor, in ceea ce priveste consimtamantul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal declar urmatoarele:

Imi exprim consimtamantul

Nu imi exprim consimtamantul cu privire la transmiterea informatiilor si documentelor , inclusiv date cu caracter personal necesare indeplinirii atributiilor membrilor comisiei de concurs, membrilor comisiei de solutionare a contestatiilor si ale secretarului, in format electronic.

Imi exprim consimtamantul;

Nu imi exprim consimtamantul ca institutia organizatoare a concursului sa solicite organelor abilitate in conditiile legii certificatul de integritate comportamentala pentru candidatii inscrisi pentru posturile din cadrul sistemului de invatamant , sanatate sau protectie sociala , precum si din orice entitate publica sau privata a carei activitate presupune contactul direct cu copii, persoane in varsta, persoane cu dizabilitati sau alte categorii de persoane vulnerabile ori care presupune examinarea fizica sau evaluarea psihologica a unei persoane, cunoscand ca pot reveni oricand asupra consimtamantului acordat prin prezentul formular.

Imi exprim consimtamantul

Nu imi exprim consimtamantul ca institutia organizatoare a concursului sa solicite organelor abilitate in conditiile legii extrasul de pe cazierul judiciar cu scopul angajarii, cunoscand ca pot reveni oricand asupra consimtamantului acordat prin prezentul formular.

Declar pe propria raspundere, cunoscand prevederile art.326 din Codul penal cu privire la falsul in declaratii , ca datele furnizate in acest formular sunt adevarate.

Data,

Semnatura,