**DEPARTAMENTUL PENTRU PROGRAME DE**

**PREGĂTIRE PRIN REZIDENȚIAT - DPPR**

**Aprobat Rector: Aviz Coordonator Rezidențiat**

**Prof. Univ. Dr. Daniel COCHIOR**

**Cerere înscriere la a doua specialitate**

**cu taxă,**

Subsemnatul / a dr………………………………………………………………………….., medic specialist(ă) / primar în specialitatea…………………………………………………………. conform OMS nr…………./ ……………………., salariat(ă) al/a ……………………………….. cu contract pe perioada determinată / nedeterminată, vă rog să-mi aprobați înscrierea la a doua specialitate, în regim cu taxă, la specialitatea …………………………………………………………, din cadrul Centrului Universitar Titu Maiorescu.

Tel…………………………….

Email………………………………………………

Subsemnatul,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declar că am luat cunoştinţă de drepturile mele conform legislaţiei în materie de prelucrare de date cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul (UE) [nr. 679/2016](https://lege5.ro/Gratuit/geydmobqg42q/regulamentul-nr-679-2016-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?d=2024-03-06), şi îmi exprim consimţământul pentru prelucrarea datelor prevăzute în publicaţia de înscriere/examen/concurs, pe durata pregătirii şi pentru organizarea examenului/concursului. Datele şi documentele cu caracter personal sunt cele prevăzute în publicaţia de înscriere/examen/concurs.

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

□ Da, sunt de acord. □ Nu sunt de acord.

Data, Semnătura,