

Doamnă Director General,

Subsemnatul(a)

cetățean

cu domiciliul / rezidența permanentă în

absolvent al

prin prezenta solicit **recunoașterea specialității**

dobândite în

Atașez următoarele documente

.....

.....

.....

.....

Numărul total de file din dosar =

telefon

e-mail

adresă poștală

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 Legea 95/2006 și Directiva 2005/36/CE, în scopul recunoașterii specialității dobândite în statul membru UE mai sus menționat.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea prelucrării solicitării.

DA, sunt de acord

NU sunt de acord

Data

Semnătura,

Doamnei Director General al Centrului de Resurse Umane în Sănătate Publică