ROMÂNIA
str. Octav Botez, nr. 2, cod 700116, Iaşi
tel: +40.232.267.719
fax: +40.232.276.521
email: secretariat@infectioase.ro
site: https://www.infectioase.ro

Anexa nr.2

FORMULAR DE ÎNSCRIERE

Autoritatea sau instituţia publică:Spitalul Clinic de Boli Infecţioase “Sf.Parascheva” Iaşi
Funcţia solicitată:_____
Data organizării concursului, proba scrisă _____
Numele şi prenumele candidatului:_____
Datele de contact ale candidatului (Se utilizează pentru comunicarea cu privire la concurs.):
Adresa:_____
E-mail:_____
Telefon:_____
Persoane de contact pentru recomandări:

Numele şi prenumele	Instituţia	Funcţia	Numărul de telefon

Anexez prezentei cereri dosarul cu actele solicitate.
Menţionez că am luat cunoştinţă de condiţiile de desfăşurare a concursului.
Cunoscând prevederile art. 4 pct. 2 şi 11 şi art. 6 alin. (1) lit. a) din Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor), în ceea ce priveşte consimţământul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal declar următoarele:
Îmi exprim consimţământul □
Nu îmi exprim consimţământul □
cu privire la transmiterea informaţiilor şi documentelor, inclusiv date cu caracter personal necesare îndeplinirii atribuţiilor membrilor comisiei de concurs, membrilor comisiei de soluţionare a contestaţiilor şi ale secretarului, în format electronic.
Declar pe propria răspundere că în perioada lucrată nu mi s-a aplicat nicio sancţiune disciplinară/mi s-a aplicat sancţiunea disciplinară _____
Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele furnizate în acest formular sunt adevărate.

Numele şi prenumele_____
Semnătura:_____

Data:_____