

**Formular de înscriere la concursul pentru ocuparea postului vacant de ASISTENT MEDICAL PL din cadrul  
Dispensarului Spitalului de Pneumoftiziologie Botoșani**

Autoritatea sau instituția publică: SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE BOTOȘANI

Funcția solicitată: \_\_\_\_\_

Data organizării concursului, proba scrisă și/sau proba practică, după caz: \_\_\_\_\_

Numele și 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 și prenumele: \_\_\_\_\_

Instituția: \_\_\_\_\_

Funcția: \_\_\_\_\_

Numărul de telefon: \_\_\_\_\_

Anexez prezentei cereri dosarul cu actele solicitate, cuprinzând un număr de \_\_\_\_\_ file, astăzi,  
\_\_\_\_\_.

Menționez că am luat cunoștință de condițiile de desfășurare a concursului.

Cunoscând prevederile art. 4 pct. 2 și 11 și art. 6 alin. (1) lit. a) din Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), în ceea ce privește consimțământul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal declar următoarele:

Îmi exprim consimțământul

Nu îmi exprim consimțământul

cu privire la transmiterea informațiilor și documentelor, inclusiv date cu caracter personal necesare îndeplinirii atribuțiilor membrilor comisiei de concurs, membrilor comisiei de soluționare a contestațiilor și ale secretarului, în format electronic.

Îmi exprim consimțământul

Nu îmi exprim consimțământul

ca instituția organizatoare a concursului să solicite organelor abilitate în condițiile legii certificatul de integritate comportamentală pentru candidații înscriși pentru posturile din cadrul sistemului de învățământ, sănătate sau protecție socială, precum și din orice entitate publică sau privată a cărei activitate presupune contactul direct cu copii, persoane în vârstă, persoane cu dizabilități sau alte categorii de persoane vulnerabile ori care presupune examinarea fizică sau evaluarea psihologică a unei persoane, cunoscând că pot reveni oricând asupra consimțământului acordat prin prezentul formular.

Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele furnizate în acest formular sunt adevărate.

Data:

Semnătura: