Formular de înscriere la concursul pentru ocuparea postului vacant de asistent medical generalist PL în cadrul Camerei de gardă a Spitalului de Pneumoftiziologie Botoșani, pe perioadă nedeterminată

Autoritatea sau instituţia publică: SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE BOTOȘANI

Funcţia solicitată: ASISTENT MEDICAL GENERALIST PL

Data organizării concursului, proba scrisă şi/sau proba practică, după caz: 23.11.2026, 26.11.2026, 03.12.2026

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, cuprinzând un număr de _____ file.

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.

Îmi exprim consimţământul □
Nu îmi exprim consimţământul □

ca instituţia organizatoare a concursului să solicite organelor abilitate în condiţiile legii certificatul de integritate comportamentală pentru candidaţii înscriși pentru posturile din cadrul sistemului de învăţământ, sănătate sau protecţie socială, precum şi din orice entitate publică sau privată a cărei activitate presupune contactul direct cu copii, persoane în vârstă, persoane cu dizabilităţi sau alte categorii de persoane vulnerabile ori care presupune examinarea fizică sau evaluarea psihologică a unei persoane, cunoscând că pot reveni oricând asupra consimţământului acordat prin prezentul formular.

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.

Data Semnătura