

CERERE

CĂTRE DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI MUREȘ

Subsemnatul/a _____,
fiul/fiica lui _____ și _____, născut/ă în
localitatea/_____, județul _____ la data de
_____, cu domiciliul în localitatea _____,
str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____,
județul _____, telefon _____, mail
_____, avînd CNP _____,
legitimat cu CI seria _____, nr. _____, eliberat de către
_____, la data de _____, absolvent al
_____ din _____, titular/ă al/a diplomei
seria _____, nr. _____

Prin prezenta vă rog să îmi eliberați _____,
prin care se atestă formarea în profesia de _____,
conformă cu prevederile europene în materie de recunoaștere a titlurilor profesionale.

Menționez că am depus următoarele documente:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.

Data:

Semnătura:

**DECLARAȚIE CONSIMȚĂMÂNT PENTRU PRELUCRAREA DATELOR
CU CARACTER PERSONAL**

Subsemnatul/a _____
având datele de identificare: _____, declar
pe propria răspundere că îmi dau acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele
personale în scopul _____
_____, iar
aceste date corespund realității.

În acest sens, sunt de acord cu depunerea de copii ale următoarelor documente:

ele fiind necesare în scopul anterior menționat.

Am luat la cunoștință că refuzul meu determină refuzul operatorului/furnizorului de a-mi elibera documentul/documentele solicitat/e și, în consecință, de a nu-mi furniza serviciile dorite.

Am luat la cunoștință că datele vor fi tratate confidențial, în conformitate cu prevederile Regulamentului general privind protecția datelor (RGPD) nr. 679 din 27.04.2016, privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare.

Data

Semnătura
