

**Școala Postliceală
Sanitară „Fundeni”**

**BUGET / TAXA
NR. _____**

**CALIFICAREA PROFESIONALĂ
ASISTENT MEDICAL _____**

NUME _____

INITIALA TATALUI _____

PRENUME _____

ADRESA _____

NR. TELEFON _____

**DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT PRIVIND PRELUCRAREA
DATELOR CU CARACTER PERSONAL LA EXAMENUL DE
ADMITERE 2023**

Subsemnatul/Subsemnata _____
_, avînd CNP-ul _____ domiciliat/ă în
_____, telefon _____, născut/ă la data
de _____, în localitatea _____, județul/sectorul
_____, cartea de identitate seria _____ nr _____, emisă la
data de _____, de către _____.

Declar pe propria răspundere că îmi dau acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal în calitate de **candidat** la examenul de admitere susținut la **Centrul de examen Școala Postliceală Sanitară „Fundeni” București**, pentru evidențele personale, în actele de studii, în documente cu rezultatele obținute la examen comunicate/afișate, în alte documente, precum și arhivarea lor.

Am luat la cunoștință că datele cuprinse în acest formular vor fi tratate în conformitate cu prevederile Directivei CE/95/46 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și liberă circulație a acestor date, transpusă prin Legea nr. 677/2001 privind protecția persoanelor la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile Directivei 2002/58/CE privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private în sectorul comunicațiilor electronice, transpuse prin Legea nr. 506/2004.

Aceasta îmi este declarația, sunt de acord cu conținutul acesteia pe care îl însușesc în totalitate.

Declar că datele furnizate prin prezenta corespund realității.

Data,

Semnătura,