

Școala Postliceală
Sanitară „Fundeni”

BUGET / TAXA
NR. _____

CALIFICAREA PROFESIONALĂ
ASISTENT MEDICAL RADIOLOGIE

NUME STOIAN (NEACȘU)

INITIALA TATALUI V.

PRENUME ALINA IANIEȚA

ADRESA Sos. COLENTINA, nr. 43, Bl. V7, et. 8, ap. 45
sector 2, BUCUREȘTI

NR. TELEFON 0723-857321

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

Subsemnatul/Subsemnata STOIAN (NEACSU) V. AELINA DANIELA,
avînd CNP-ul 2750572432813, domiciliat/ă în
BUCUREȘTI, telefon 0723-854321, născut/ă la data
de 12.05.1975, în localitatea BUCUREȘTI, județul/sectorul
2, cartea de identitate seria RK, nr 863925, emisă la
data de 19.03.2014, de către SPCEP S2.

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,

19.05.2023

Semnătura,

Stoian