

Declarație de consimțământ privind prelucrarea datelor personale

Prin semnarea prezentei declaratii îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal (nume, prenume, CNP, număr și serie carte identitate, adresa de domiciliu, adresa e-mail, telefon, imagine etc.) de către Direcția de Sănătate Publică a Județului Alba , prin mijloace automatizate în vederea inscrieri mele Registrul National al Medicilor, pentru eliberarea codului de parafa.

Sunt informat(ă) că aceste date vor fi tratate confidențial, în conformitate cu prevederile Regulamentului UE 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, transpusă prin Legea nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 .

Data: _____ **(Numele și prenumele solicitantului)**

(Semnătura)