

DECLARATIE
PRIVIND STATUTUL PROFESIONAL SI CIVIL
pentru actualizarea Registrului National al Medicilor

Subsemnatul _____, CNP _____
(numele, inițiala tatălui si prenumele)

cunoscând faptul ca falsul in declarații este pedepsit de legea penala, declar pe propria-mi răspundere următoarele:

1. Facultatea absolvita _____
(numele facultății, localitatea)

2. Anul absolvirii facultății _____

3. Anul examenului de licență _____

4. Nume purtate anterior _____

5. Examine susținute (ex de specialitate / de primariat)

5.1. _____
(titlu medical, ordinul MS, anul ordinului MS, specialitatea medicala)

5.2. _____
(titlu medical, ordinul MS, anul ordinului MS, specialitatea medicala)

6. Competente:

6.1. _____
(numele competentei, anul, seria, numărul)

6.2. _____
(numele competentei, anul, seria, numărul)

6.3. _____
(numele competentei, anul, seria, numărul)

7. Superspecializări:

7.1. _____
(numele superspecializării, anul, seria, numărul)

7.2. _____
(numele superspecializării, anul, seria, numărul)

8. Unitatea de încadrare: _____

(numele si adresa completa a unității de încadrare -localitate, strada, număr)

8.1. Data încadrării _____

8.2. Funcția ocupata _____

8.3 Secția _____
(daca este cazul)

8.4. Alte funcții ocupate _____
(conducere, didactica, cercetare, farmaceutica, administrativa)

8.5 Norma _____
(întreagă, parțial)

9. Alta unitate de încadrare (la data prezentei) _____

(numele unității de încadrare)

9.1. Funcția ocupata _____

9.2 Secția _____
(daca este cazul)

10. Certificatul de membru al Colegiului medicilor (conferă dreptul de libera practica) _____

(seria, numărul, data -vizat anual de CMJ)

11. Telefoane de contact: _____ / _____ / _____
(fix acasă) (fix cabinet) (mobil)

12. Codul unității sanitare de încadrare: _____

13. Codul de parafa: _____

Semnătura si parafa:

Data:



ROMANIA
MINISTERUL SANATATII PUBLICE
DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA A JUDETULUI ILFOV



Str. Av. Popișteanu, nr.46, sect. 1, București Tel. 224.45.96 e-mail: office@dspiilfov.ro
Operator de date cu caracter personal nr. 12650

CONSIMTAMANT
PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

SUBSEMNAȚULLEGITIMAT CU
SERIA NR ELIBERAT DE LA DATA
CNP TEL ADRESA
.....E-MAIL

IN CALITATE DE:

- ☐ REPREZENTANT LEGAL
- ☐ ALT TERT
- ☐ IMPUTERNICIT
- ☐ PARINTE / TUTORE MINOR

IMI EXPRIM IN MOD EXPRES LIBERUL CONSIMTAMANT, LIPSIT DE AMBIGUITATE, FARA ECHIVOC PENTRU PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL:

- ☐ PERSOANELE
- ☐ ALE SOCIETATI PE CARE O REPREZINT IN MOD LEGITIM
- ☐ ALT TERT PE CARE IL REPREZINT IN MOD LEGITIM IN SCOPUL:
- ☐ OBTINERII DOCUMENTELOR NECESARE AUTORIZARII / FUNCTIONARII
- ☐ INREGISTRARII IN REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE
- ☐ ALT SCOP

Am fost informat cu privire la categoria datelor personale ce urmează a fi prelucrate, scopul prelucrării lor, modul de păstrare (securitatea datelor), protejarea datelor, confidențialitatea datelor, trasabilitatea (circuit), termen de păstrare, cartografiere.

Am fost informat cu privire la obligațiile mele privitor la modificarea datelor cu caracter personal.

Am fost informat despre drepturile mele: dreptul la informare, dreptul de acces la date, dreptul de intervenție asupra datelor, dreptul de opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale, dreptul de a face plângere la ANSPDCP sau de a mă adresa justiției.

Pentru exercitarea acestor drepturi conform REGULAMENTULUI Nr. 679/27.04.2016, va puteți adresa cu o cerere scrisă, datată și semnată la adresa de email: office@dspiilfov.ro (Responsabil D.P.O. -Valentin BESCUI)

REFUZUL DUMNEAVOASTRA DE A FURNIZA ACESTE DATE, DETERMINA IMPOSIBILITATEA DERULĂRII ACTIVITĂȚILOR SPECIFICE DIRECTIEI DE SANATATE PUBLICA A JUDETULUI ILFOV

OPERATOR DATE PERSONALE
DIRECTIA DE SANATATE
PUBLICA A JUDETULUI ILFOV

NUME PRENUME

.....
.....

Data

.....

Semnătura