

**Către,  
Direcția de Sănătate Publică a județului Brașov**

**Subsemnata(ul) \_\_\_\_\_,**  
**medic titular/ administrator al \_\_\_\_\_,**  
**cu sediul în \_\_\_\_\_,**  
**vă rog a-mi aproba abilitarea societății pentru eliberarea de certificate medicale pentru copii cu dizabilități, în următoarele specialități :**

<b>Specialitate</b>	<b>Nume, prenume - medic titular angajat</b>

**Menționez că am luat la cunoștință și voi respecta prevederile :**

- Hotărârii de Guvern nr. 502/2017 *privind organizarea și funcționarea comisiei pentru protecția copilului, cu modificările și completările ulterioare;*
- Ordinului Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârștnice nr. 1.985/2016, Ministerul Sănătății nr. 1.305/2016, Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice nr. 5.805/2016 *privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea și intervenția integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilități în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în vederea abilitării și reabilitării copiilor cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale, cu modificările și completările ulterioare;*
- Ordinului Ministerul Sănătății nr. 1.306/2016, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârștnice nr. 1.883/2016 *pentru aprobarea criteriilor biopsihosociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap și a modalităților de aplicare a acestora, cu modificările și completările ulterioare.*

**Declar pe propria răspundere că documentele depuse de către mine la Direcția de Sănătate Publică a județului Brașov nu sunt false/ falsificate, ci sunt conforme cu realitatea.**

**Cunoscând prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la falsul în declarații, prin prezenta, îmi asum că răspund penal în cazul depunerii unor acte de studii false/ falsificate.**

**Telefon :** \_\_\_\_\_

**Adresă e-mail:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Semnătura și stampila**

**Acte necesare:**

- Copie după Certificatul de înscriere în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale;
- Copie după Certificatul de membru în Colegiul Medicilor din România a medicului titular/a medicilor angajați din care să reiasă specialitatea medicală atestată;
- Avizul anual privind exercitarea profesiei de medic;
- Copii după contractele de prestări servicii pentru medicii angajați (în cazul societăților medicale).

**Declarație de consimțământ  
cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal**

**Direcția de Sănătate Publică a județului Brașov**, cu sediul în mun. Brașov, str. Alexandru Ioan Cuza, nr. 28A, operator de date cu caracter personal, prelucrează datele cu caracter personal ale persoanelor vizate ( nume, prenume, CNP, număr și serie carte identitate, adresa de domiciliu, conturi e-mail, imagine, telefon, etc.) prin mijloace automatizate/ manual în vederea scopului specificat în declarație.

Datele furnizate sunt destinate utilizării de către operator, sunt comunicate persoanei vizate sau reprezentantului legal al persoanei vizate și nu vor fi transferate către alte entități, cu excepția cazului în care sunt solicitate de către autoritățile competente de cercetare a unor fapte penale sau dacă este necesar ca **Direcția de Sănătate Publică a județului Brașov** să comunice aceste date altor instituții, conform dispozițiilor legale.

Astfel, în vederea unei prelucrări echitabile și transparente și pentru garantarea demnității umane, a intereselor legitime și a drepturilor fundamentale ale persoanelor vizate, operatorul pune la dispoziție persoanei vizate următoarele informații, conform Regulamentului UE nr. 679 din 27.04.2016 :

- Dreptul de a cunoaște perioada pentru care vor fi stocate datele cu caracter personal conform prevederilor legale, destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor, datele de contact ale responsabilului cu protecția datelor;
- Dreptul de a solicita accesul la acestea printr-o cerere scrisă, semnată și datată, de rectificare, blocare, restricționare sau ștergere a acestora ( dreptul de a fi uitat), precum și a dreptului de a se opune prelucrării;
- Dreptul de a retrage consimțământul în orice moment, fără a afecta legalitatea prelucrării efectuate pe baza consimțământului înainte de retragerea acestuia;
- Dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale;
- Dreptul de depune o plângere în fața autorității de supraveghere.

Subsemnatul/ subsemnata \_\_\_\_\_,  
având datele de identificare : CNP \_\_\_\_\_, legitimat cu BI/ CI seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, emis de \_\_\_\_\_, cu domiciliul în \_\_\_\_\_

declor pe propria răspundere că îmi dau acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele personale în scopul menționat în cerere, iar aceste date corespund realității.

În acest sens, sunt de acord cu depunerea de copii ale documentelor solicitate, în scopul anterior menționat.

Am luat la cunoștință de faptul că refuzul meu determină refuzul operatorului/furnizorului de a încheia orice contract cu persoana mea sau de a-mi elibera documentele solicitate, 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 nr. 679/27.04.2016, 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