

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

Subsemnatul/ Subsemnata _____,
identificat (ă) cu CNP _____, vă rog să binevoiți a mă înregistra în
Registrul Județean al Medicilor și să îmi eliberați o adeverință de confirmare a emiterii codului de
parafă.

Facultatea absolvită
Ordin confirmare specialitate/ primariat (Nr., data)
Specialitatea medicală
Certificat de membru al Colegiului Medicilor/ Colegiul Medicilor Stomatologi (Nr., data)
Nr. telefon

Acte necesare:

- Carte identitate/ pașaport/ permis de ședere (copie)
- Dovada schimbării numelui (dacă este cazul) - certificat de căsătorie/ sentință de divorț (copie)
- Diploma de licență (copie)
- Certificat de medic specialist/ primar eliberat de Ministerul Sănătății (copie)
- Certificat de membru Colegiul Medicilor/ Colegiul Medicilor Stomatologi (copie)
- Viza anuală de la Colegiul Medicilor/ Colegiul Medicilor Stomatologi (copie)
- Dovada desfășurării activității medicale într-o unitate sanitară publică/ privată din județul Brașov (contract de muncă/ contract de colaborare - copie/ adeverință de salariat de la angajator - original)
- Pentru unitățile înregistrate în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale - certificat de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, emis de Direcția de Sănătate Publică a Județului Brașov (copie)
- Acord privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

Declar pe propria răspundere că nu am primit până în prezent cod de parafă (inclusiv de la altă direcție de sănătate publică).

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 Codului penal cu privire la falsul în declarații, prin prezenta, îmi asum că răspund penal în cazul depunerii unor acte de studii false/ falsificate.

Data: _____

Semnătura

**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, destinarii 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.
- Dreptul de a retrage consimțământul în orice moment, fără a afecta legalitatea prelucrării efectuate pe baza consimțământului înainte de retragerea acestuia.

Subsemnatul/ subsemnata _____, având datele de identificare : CNP _____, legitimat cu BI/ CI seria ____ nr. _____, emis de _____, declar 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
