

Către,
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ NEAMȚ

Subsemnatul/a _____, medic _____,
specialitatea _____, având CNP _____,
solicit eliberarea unei Adeverințe care să ateste anularea codului de parafă nr. _____, ca
urmare a transferului meu în rețeaua medicală specială a Ministerului _____.

Datele personale de contact sunt:

- telefon: _____
- e-mail: _____

Consimțământ prelucrare date cu caracter personal:

Prin semnarea prezentei îmi asum răspunderea asupra corectitudinii, exactității și veridicității datelor înscrise în prezenta cerere și îmi exprim acordul ca DSP Neamț să-mi utilizeze datele cu caracter personal pentru prelucrarea automată și manuală, stocare, arhivare și transmitere la Ministerul sănătății conform prevederilor Ordinului MS nr. 1059/2003.

De asemenea, menționez că am fost instruit de persoana responsabilă cu eliberarea codurilor de parafă din cadrul DSP Neamț cu privire la drepturile privind datele cu caracter personal prevăzute prin Legea nr. 190/2018 și Regulamentul UE nr. 679/2016.

Data

Semnătură

Anexez alăturat:

1. Dovada încadrării într-o unitate sanitară din rețeaua specială M.A.N./M.I.;
2. Adeverința cu codul de parafă eliberată de către DSP Neamț;
3. Cartea de identitate

Actele vor fi prezentate în original.