CONSILIUL LOCAL AL ORAȘULUI CISNĂDIE
SPITALUL ORĂȘENESC CISNĂDIE
Cisnădie, str. Băilor, nr. 27, județul Sibiu, cod poștal 555300
Tel.: +40 369 105102 | Fax: +40 372 872087
E-mail: spital@socisnadie.ro | Website: www.socisnadie.ro

FORMULAR DE ÎNSCRIERE

CONCURSUL PENTRU OCUPAREA POSTULUI CONTRACTUAL VACANT DE ASISTENT MEDICAL PL – SECȚIA DE MEDICINĂ INTERNĂ

Numele și prenumele candidatului: _____

Datele de contact ale candidatului (*se utilizează pentru comunicarea cu privire la concurs*):

- **Adresa: _____**
- **E-mail: _____**
- **Telefon: _____**

Persoane de contact pentru recomandări:

Numele și prenumele	Instituția	Funcția	Numărul de telefon

Anexez prezentului formular **dosarul cu actele necesare pentru înscriere**.

Menționez că **am luat cunoștință de condițiile de desfășurare a concursului**.

Cunoscând prevederile art. 4 pct. 2 și 11 și art. 6 alin. (1) lit. a) din Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), în ceea ce privește consimțământul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal, declar următoarele:

1. Cu privire la transmiterea în format electronic a informațiilor și documentelor, inclusiv date cu caracter personal, necesare îndeplinirii atribuțiilor membrilor comisiei de concurs, membrilor comisiei de soluționare a contestațiilor și ale secretarului:

   [ ] Îmi exprim consimțământul

   [ ] Nu îmi exprim consimțământul

2. Ca instituția organizatoare a concursului să solicite organelor abilitate, în condițiile legii, certificatul de integritate comportamentală (pentru candidații înscriși pentru posturile din cadrul sistemului de învățământ, sănătate sau protecție socială, precum și din orice entitate publică sau privată a cărei activitate presupune contactul direct cu copii, persoane în vârstă, persoane cu dizabilități sau alte categorii de persoane vulnerabile ori care presupune examinarea fizică sau evaluarea psihologică a unei persoane), cunoscând că pot reveni oricând asupra consimțământului acordat prin prezentul formular:

[ ] Îmi exprim consimțământul

[ ] Nu îmi exprim consimțământul

3. Ca instituția organizatoare a concursului să solicite organelor abilitate, în condițiile legii, extrasul de pe cazierul judiciar în scopul angajării, cunoscând că pot reveni oricând asupra consimțământului acordat prin prezentul formular:

[ ] Îmi exprim consimțământul

[ ] Nu îmi exprim consimțământul

Declar pe propria răspundere că, în perioada lucrată:

[ ] Nu mi s-a aplicat nicio sancțiune disciplinară.

[ ] Mi s-a aplicat sancțiunea disciplinară: _____

Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele furnizate în acest formular sunt adevărate.

Data: _____

Semnătura: _____