



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN CONSTANȚA

Str. Bravilor Nr. 1, Mun. Constanța, 900270

Tel: 0241/624.711 – Fax: 0241/623.913

e-mail: sajct@ambulance-ct.ro

Operator de date cu caracter personal nr. 39884



Anexa nr. 3

## Formular de înscriere

la examenul de promovare în grade sau trepte profesionale

**Autoritatea sau instituția publică:** Serviciul de Ambulanță Județean Constanța

**Funcția solicitată:** \_\_\_\_\_

**Data organizării examenului de promovare:**

- proba scrisă: \_\_\_\_\_

- proba practică: \_\_\_\_\_

**Numele și prenumele candidatului/ei:** \_\_\_\_\_

**Datele de contact ale candidatului/ei:**

Adresa: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

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

Anexez prezentei cereri dosarul cu actele solicitate, conform anunțului de examen.

Menționez că am luat cunoștință de condițiile de desfășurare a examenului.

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:

Îmi exprim consimțământul [ ] / Nu îmi exprim consimțământul [ ] cu privire la transmiterea informațiilor și documentelor, inclusiv date cu caracter personal necesare îndeplinirii atribuțiilor membrilor comisiei de concurs, membrilor comisiei de soluționare a contestațiilor și ale secretarului, în format electronic.

Îmi exprim consimțământul [ ] / Nu îmi exprim consimțământul [ ] ca Serviciul de Ambulanță Județean Constanța să înregistreze audio (vocea) proba de examen la care particip în data de \_\_\_\_\_, precum și pentru păstrarea înregistrării timp de 5 ani (care va putea fi folosită ca probă, pentru eventuale contestații și pentru a fi pusă la dispoziția organelor cu atribuții de control).

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:**

\_\_\_\_\_