



**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. 9**

**Formular consimțământ înregistrare audio**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_  
cu domiciliul în localitatea \_\_\_\_\_, Str.  
\_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_, Bl. \_\_\_\_\_, Sc. \_\_\_\_\_, Et. \_\_\_\_\_, Ap.  
\_\_\_\_\_, Județul \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, posesorul/posesoarea cărții de  
identitate seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ emisă de \_\_\_\_\_ la data de  
\_\_\_\_\_, declar că am luat la cunoștință de faptul că probele de concurs/examen  
la care particip în perioada \_\_\_\_\_, în cadrul Serviciului de Ambulanță  
Județean Constanța, se înregistrează audio (vocea) și declar pe propria răspundere că sunt de  
acord.

Înregistrarea va fi păstrată timp de minimum un an de la data afișării rezultatelor finale ale  
concursului și va putea fi folosită ca probă, pentru eventuale contestații și pentru a fi pusă la  
dispoziția organelor cu atribuții de control.

**Data:**

\_\_\_\_\_

**Semnătura:**

\_\_\_\_\_