



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:
