CERERE

Subsemnatul/a…………………….………………………………….……, avand CNP……………………………………absolvent/a a Scolii Postliceale ,,Henri Coanda” …………………………….., specializarea ASISTENT MEDICAL GENERALIST promotia………………, solicit inscrierea la Examenul de certificare a calificarii profesionale nivel **5**, sesiunea **AUGUST 2020**, la Centrul de Examen - **Scoala Postliceala ,,Henri Coanda,, Timisoara**.

Declar pe propria răspundere că îmi dau acordul cu privire la utilizarea şi prelucrarea datelor mele cu caracter personal în **calitate de** **candidat** la examenul de certificare a calificarii profesionale nivel 5, sustinut la **Centrul de examen Scoala Postliceala ”Henri Coandă” Timisoara**, în actele de studii, in documente cu rezultatele obtinute la examen/afisate, in alte documente, precum si arhivarea lor.

Am luat la cunoştinţă că datele cuprinse în acest formular vor fi tratate confidenţial, în conformitate cu prevederile Directivei CE/95/46 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi liberă circulaţie a acestor date, transpusă prin Legea nr. 677/2001 privind protecţia persoanelor la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date cu modificările şi completările ulterioare, precum şi prevederile Directivei 2002/58/CE privind prelucrarea datelor cu caracter personal şi protecţia vieţii private în sectorul comunicaţiilor electronice, transpuse prin Legea nr. 506/2004.

Aceasta imi este declaratia, sunt de acord cu continutul acesteia pe care il insusesc in totalitate.

Declar ca datele furnizate prin prezenta corespund realitatii.

**Data**, **Semnătura,**