

SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ „SFÂNTUL IOAN CEL NOU” – SUCEAVA

B-dul 1 Mai, nr.18, Jud. Suceava,
Cod poștal 720224, C.F. 4243983, Tel/fax: 0230-222098,0230-520412
e-mail:resurseumane@spjstv.ro, web: www.spitaluljudeteansuceava.ro



Operator de date cu caracter personal – nr. notificare 21131

Nr. din

Formular de înscriere

Autoritatea sau instituția publică: Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sfântul Ioan cel Nou” Suceava
Funcția solicitată: _____

Data organizării concursului, proba scrisă și/sau proba practică, după caz: _____

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 prezentei cereri dosarul cu actele solicitate.

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:

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 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 copiii, 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

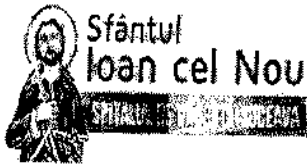
ca instituția organizatoare a concursului să solicite organelor abilitate în condițiile legii extrasul de pe cazierul judiciar cu scopul angajării, cunoscând că pot reveni oricând asupra consimțământului acordat prin prezentul formular.

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:



**SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ
„SFÂNTUL IOAN CEL NOU” - SUCEAVA**

B-dul 1 Mai, nr.18, Jud. Suceava,
Cod poștal 720224, C.F. 4243983, Tel/fax: 0230-222098,0230-520412
e-mail: statistica@spjstv.ro, web: www.spitaluljudeteansuceava.ro



Member of CISQ federation



CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM ISO 37001

Operator de date cu caracter personal - nr. notificare 21131

**ACORD DE ÎNREGISTRARE FOTO-VIDEO A PROBELOR AFERENTE
CONSURSULUI/EXAMENULUI DIN DATA DE**

Subsemnatul/a, domiciliat(ă) în
....., CNP, înscris(ă) la
concursul/examenul de angajare, organizat în perioada îmi exprim, prin
prezenta, în mod expres și neechivoc, consimțământul ca unitatea sanitară să utilizeze camere
audio-video pentru înregistrarea desfășurării probelor aferente examenului/concursului de
angajare. Cunosc faptul că înregistrarea este obligatorie pentru desfășurarea
examenului/concursului în condițiile impuse de reglementările în vigoare, pentru a evita
fraudarea examenului/concursului, și va fi utilizată de unitatea sanitară doar în scop intern, ca
dovadă a modului de desfășurare a examenului/concursului .

Data

Semnătura