



ROMÂNIA
CONSILIUL JUDEȚEAN BOTOȘANI
UNITATEA DE ASISTENȚĂ MEDICO- SOCIALĂ SULIȚA
Telefon: 0231- 573108, CIF.15778427
e-mail : uamssulita@yahoo.com

Nr. _____

Formular de înscriere

Unitatea de Asistență Medico Socială Sulița

Funcția (postul) solicitat(ă): _____

Data organizării concursului: _____

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	Număr de telefon

Anexez prezentei cereri dosarul cu actele solicitate.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

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 U.A.M.S. Sulița instituție organizatoare a concursului să solicite organelor abilitate în condițiile legii certificatul de integritate comportamentală pentru candidații înscriși pentru posturile din cadrul UAMS Sulița a cărei activitate presupune contactul direct cu copii, 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 U.A.M.S. Sulița instituție 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:
