*Domnule Director,*

 Subsemnatul(a)………………………………………………………………………... medic rezident an ……. în specialitatea..................................................................... confirmat(ă) prin Ordinul M.S. nr.............. **/** ..............., încadrat(ă) la Spitalul .................................................................................................................... vă rog să-mi aprobați reluarea **/**  întreruperea **/** prelungirea întreruperii **/**prelungirea pregătirii prin rezidențiat , în (cu ) perioada..................................................................................... .

 Solicit aceasta întrucât .........................................................................................

...........................................................................................................................................

( se vor preciza motivele pe scurt,ex: stagiu de pregătire în străinătate, concediu medical, concediu de maternitate și creștere copil, doctorat, motive personale ).

Subsemnatul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declar că am luat la cunoștință drepturile mele conform legislației în materie de prelucrare de date cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul UE nr. 679/2016 și îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor, în scopul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iar aceste date corespund realității.

Refuzul acordării consimțământului determină imposibilitatea eliberării documentelor solicitate.

 DA sunt de acord NU sunt de acord

Datele dumneavoastră personale sunt prelucrate de Direcția de Sănătate Publică Iași, în scopul implementării activităților specifice serviciului R.U.N.O.S, inclusiv informare solicitanți prin afișare pe site-ul instituției [www.dspiasi.ro](http://www.dspiasi.ro), la rubrica ”întreruperi/prelungiri rezidențiat”.

Refuzul acordării consimțământului determină imposibilitatea informării solicitanților, prin afișare pe site-ul instituției.

 DA sunt de acord NU sunt de acord

Telefon contact ..................................................

Data .......................2021

 Semnătura,

*Domnului Director al Direcției de Sănătate Publică a Județului Iași*