***Anexa 4*** – Cerere de solicitare a codului de parafă

CĂTRE,

 **DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ JUD.IAȘI**

Subsemnatul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având CNP ……………………….., vă rog să binevoiți a-mi elibera un:

 **cod de parafă**, pentru care anexez următoarele acte:

* Buletin de identitate/ carte de identitate (*copie*);
* Dovada schimbării numelui (dacă este cazul) - certificat de căsătorie/ sentiță divorț (*copie*);
* Certificat de membru al Colegiului Medicilor/ Colegiul Medicilor Dentiști conform Legii 95/2006 (*copie*);
* Confirmarea în specialitate prin Ordinul Ministrului Sănătății - Certificat de medic specialist/ primar eliberat de Ministerul Sănătății (*copie*);
* Adeverință de salariat de la angajator (*copie*); contract de muncă (*copie*) prin care se atestă dovada locului de muncă ca medic specialist într-o unitate sanitară publică/ privată din județul Iași;
* Pentru unitățile înregistrate în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale – certificat înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, emis de Direcția de Sănătate Publică (*copie*)
* Talon prelucrare date personale.

Declar pe propria răspundere că până în prezent nu am primit alt cod de parafă.

 **nou cod de parafă, în caz de pierdere, furt**, pentru care anexez următoarele acte:

* Buletin de identitate/ carte de identitate (*copie*);
* Dovada unui anunț dat în unul din ziarele locale privind pierderea sau furtul parafei;
* Dovada schimbării numelui (dacă este cazul) - certificat de căsătorie/ sentiță divorț (*copie*);
* Certificat de membru al Colegiului Medicilor/ Colegiul Medicilor Dentiști conform Legii 95/2006 (*copie*);
* Talon prelucrare date personale, vechiul cod de parafă \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **actualizare date personale medic**, în următoarele situații:

1. înscriere a 2-a specialitate, b) solicitare duplicat talon, c) schimbare nume, d) alte situații

pentru care anexez următoarele acte:

* Dovada schimbării numelui (dacă este cazul) - certificat de căsătorie/ sentiță divorț (*copie*);
* Certificat de membru al Colegiului Medicilor/ Colegiul Medicilor Dentiști conform Legii 95/2006 (*copie*);
* Confirmarea în specialitate prin Ordinul Ministrului Sănătății - Certificat de medic specialist/ primar eliberat de Ministerul Sănătății (*copie*);
* Declarație privind solicitarea prezentă (pentru punctul d), codul de parafă \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prin semnarea prezentei îmi asum răspunderea asupra corectitudinii, exactității și veridicității datelor înscrise în prezenta cerere.

Semnătura solicitantului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Anexa 5*** – Declarație de consimțământ cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal

**Declaratie de consimțământ**

**cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal**

**(persoana vizată)**

Direcţia de Sănătate Publică Judeţeană Iaşi, str.V.Conta nr.2-4, operator de date cu caracter personal, prelucreaza datele cu caracter personal ale persoanelor vizate (nume, prenume, CNP, număr și serie carte identitate, adresa de domiciliu, conturi email, imagine, telefon, etc.) prin mijloace automatizate/ manuale în vederea scopului specificat în declarație.

Datele furnizate sunt destinate utilizării de către operator, sunt comunicate persoanei vizate sau reprezentantului legal al persoanei vizate și nu vor fi transferate către alte entități, cu excepția autorităților competente de cercetare a unor fapte penale, la solicitarea acestora.

Astfel, în vederea unei prelucrări echitabile şi transparente și pentru garantarea demnității umane, a intereselor legitime și a drepturilor fundamentale ale persoanelor vizate operatorul pune la dispoziție persoanei vizate următoarele informații, conform Regulamentului UE nr. 679 din 27.04.2016:

- dreptul de a cunoaște perioada pentru care vor fi stocate datele cu caracter personal conform prevederilor legale, destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor, datele de contact ale responsabilului cu protecţia datelor;

- dreptul de a solicita accesul la acestea printr-o cerere scrisă, semnată şi datată, de rectificare, blocare, restricţionare sau ştergere a acestora (dreptul de a fi uitat), precum si a dreptului de a se opune prelucrării;

- dreptul de a retrage consimţământul în orice moment, fără a afecta legalitatea prelucrării efectuate pe baza consimţământului înainte de retragerea acestuia;

- dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale;

- dreptul de a depune o plângere în faţa autorităţi de supraveghere

Subsemnatul, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având datele de identificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declar pe propria răspundere că îmi dau acordul cu privire la utilizarea şi prelucrarea datelor mele personale în scopul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iar aceste date corespund realităţii.

Am luat la cunoștință faptul că refuzul meu determină refuzul operatorului/ furnizorului de a încheia orice contract cu persoana mea sau de a-mi elibera documentele solicitate şi, în consecinţă, de a nu-mi furniza serviciile dorite.

 Am luat la cunoştinţă că datele vor fi tratate confidenţial, în conformitate cu prevederile Regulamentului general privind protecția datelor (RGPD) nr. 679 din 27.04.2016, privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date cu modificările si completările ulterioare.

Data Semnătura

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

***Anexa nr.6* -** Declaraţia pe propria răspundere în susținerea documentelor justificative anexate la cererea de solicitate a codului de parafă

**Declaraţie pe propria raspundere în susţinerea documentelor justificative anexate la cererea de solicitare a codului de parafă**

Subsemnatul (a) ...................………………………….................................................. domiciliat(ă) în ..........................................., str................................................................ nr. ......, bl. ........, sc. ......., et. ......., ap. ........., judeţul/sectorul ......................................, legitimat(ă) cu ......... seria ......... nr.........................., eliberat(ă) de .................................. la data de …......................................, CNP …….…....................................., telefon/fax ..........................................., salariat al ………….......................……………………………, cu sediul în ………...………....., judeţul/sectorul ....………..........…….........….., CUI/CNP …………………………………., telefon/fax …………………………................, cunoscând prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la falsul în declaraţii, declar prin prezenta că toate informaţiile/documentele anexate cererii de solicitare a codului de parafă corespund realităţii.

Data Semnătura

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