



**Universitatea
Transilvania
din Braşov**

FACULTATEA DE MEDICINĂ

Str. Nicolae Bălcescu 56
500019 – Braşov
tel.: (+40) 711.977.995
rezidentiat@unitbv.ro | www.unitbv.ro/medicina

Director Departament de
Pregătire în Rezidenţiat
DE ACORD

Coordonator program
rezidenţiat
DE ACORD

Domnule Director,

Subsemnatul(a).....

rezident în specialitatea.....

angajat la.....

vă rog a-mi aproba **întreruperea** pregătirii prin rezidenţiat în perioada/ începând cu
data de

Solicit aceasta întrucât.....

*(se vor preciza motivele pe scurt; exemplu: stagiul de pregătire în străinătate, bursă de studii,
concediu maternitate, concediu creştere copil, concediu medical, concediu fără plată, etc.)*

.....

.....

telefon.....

e-mail.....

Subsemnatul(a)..... declar că am luat la
cunoştinţă drepturile mele conform legislaţiei în materie de prelucrare de date cu caracter personal, în
conformitate cu Regulamentul UE nr. 679/2016 şi îmi exprim consimţământul pentru prelucrarea
datelor prevăzute în publicaţia de înscriere/examen/concurs, pe durata pregătirii şi pentru organizarea
examenului/ concursului. Datele şi documentele cu caracter personal sunt cele prevăzute în publicaţia
de înscriere/examen/concurs.

Refuzul acordării consimţământului atrage imposibilitatea prelucrării solicitării.

☐

DA, sunt de acord

☐

NU sunt de acord

Data

Semnătura,

Domnului Director al Departamentului de Pregătire în Rezidenţiat