



Universitatea
Transilvania
din Brașov

FACULTATEA DE MEDICINĂ

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

Coordonator în specialitatea modului
solicitat
DE ACORD

CERERE DETAȘARE
PRIMIRE în Centrul Universitar.....

Subsemnatul(a).....

cod rezident rezident/ specialist în specialitatea

.....

(în care desfășoară a 2-a specialitate cu taxă)

în centrul universitar..... angajat la.....

.....

vă rog să binevoiți a-mi aproba efectuarea modului de pregătire în specialitatea

.....

din curriculum de pregătire în specialitate, în perioada.....

în unitatea sanitară.....

secția / secția clinică.....

Subsemnatul(a) 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 prevăzute în publicația de înscriere/examen/concurs, pe durata pregătirii și pentru organizarea examenului/concursului. Datele și documentele cu caracter personal sunt cele prevăzute în publicația de înscriere/examen/concurs.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea prelucrării solicitării.

☐ DA, sunt de acord

☐ NU sunt de acord

Data

Semnătura

.....

.....

Dlui./ Dnei. prof.univ./conf.univ./șef lucr.dr.....