



Universitatea
Transilvania
din Braşov

FACULTATEA DE MEDICINĂ

Str. Nicolae Bălcescu 56
500019 – Braşov
tel.: (+40) 743.184.964
rezidentiat@unitbv.ro | www.unitbv.ro/medicina

Coordonator în specialitatea modulului
solicitat
DE ACORD

CERERE DETAŞARE
PRIMIRE în Centrul Universitar.....

Subsemnatul(a).....

cod rezident rezident/ specialist în specialitatea

.....

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

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

.....

vă rog să binevoiţi a-mi aproba efectuarea **modulului de pregătire în specialitatea**

.....

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

în unitatea sanitară.....

secţia / secţia clinică.....

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

.....

.....

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