



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
Prof. dr. med. Marius Irimie
DE ACORD

Coordonator program rezidenţiat
DE ACORD

CERERE DE RENUNŢARE LA CALITATEA DE MEDIC REZIDENT

Subsemnatul (a) _____, medic
rezident, anul _____, în specialitatea _____
_____, cu pregătire în centrul universitar _____ prin
prezenta solicit renunţarea la calitatea de medic rezident începând cu data de _____
_____.

Anexez:

- copie carte de identitate valabilă

Tel.: _____

Email: _____

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