



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

Director Departament de Pregătire în Rezidențiat  
Prof. dr. med. Marius Irimie  
DE ACORD

Coordonator program rezidențiat  
DE ACORD

## CERERE DE RENUNȚARE LA CALITATEA DE MEDIC REZIDENT

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

Anexez:

- copie carte de identitate valabilă

Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

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,

Domnului Director al Departamentului de Pregătire în Rezidențiat