

Declarație privind acordul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal

Subsemnatul/Subsemnata

CNP _____, cu domiciliul în _____, str.
_____, nr. _____, ap. _____, județ _____,
legitimată/ă cu C.I., seria _____nr. _____, eliberată la data de _____,
de _____, în cadrul proiectului “pREvenția și instrumentele de
management pentru rEducerea Rezistenței la antibiotice în medii (SEttings) cu prevalență
crescută “- REVERSE îmi exprim acordul pentru prelucrarea și colectarea de către Spitalul
Clinic Județean Mureș a datelor mele cu caracter personal pe durata procesului de selecție
și, dacă va fi cazul, pe durata derulării raporturilor de muncă, în condițiile prevăzute de
Regulamentul (UE) NR. 2016/679 privind protecția persoanelor fizice, în ceea ce privește
prelucrarea datelor cu caracter personal.

Data

Semnătura