



unitate aflată în  
PROCES DE ACREDITARE

CICLUL al II-lea

## SPITALUL DE PSIHIATRIE CAVNIC CONSILIUL LOCAL CAVNIC

ORAȘ CAVNIC, Strada Unirii nr.4, cod poștal 435300, Maramureș

Telefon 0262295012, fax 0262295785, email spitalcavnic1@gmail.com



### Formular de înscriere la concurs

#### Spitalul de psihiatrie Cavnice

Funcția solicitată: \_\_\_\_\_

Data organizării concursului proba scrisă : \_\_\_\_\_

Data organizării concursului proba practică : \_\_\_\_\_

Numele și prenumele candidatului : \_\_\_\_\_

Datele de contact ale candidatului:

Adresa: Localitate \_\_\_\_\_

str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ apt. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Persoane de contact pentru recomandări dacă eset cazul

Nume și prenume	Instituția	Funcția	Număr de telefon

**Anexez prezentei cereri, dosarul cu actele solicitate și declar că am luat la cunoștință de condițiile de participare la concurs.**

Cunoscând prevederile art. 4 pct.2 și 11 și art. 6 alin. (1), lit. a) din Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27.04.2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/Ce (Regulamentul general privind protecția datelor), în ceea ce privește consimțământul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal declar următoarele: îmi exprim consimțământul [  ], nu îmi exprim consimțământul [  ] cu privire la transmiterea informațiilor și documentelor, inclusiv cele cu caracter personal necesare îndeplinirii atribuțiilor membrilor comisiei de concurs, membrilor comisiei de soluționare a contestațiilor și ale secretarului, în format electronic.

Îmi exprim consimțământul [  ], nu îmi exprim consimțământul [  ] ca instituția organizatoare a concursului să solicite organelor abilitate în condițiile legii certificatul de integritate comportamentală pentru candidații înscriși pentru posturile din cadrul sistemului de sănătate sau protecție socială, precum și din orice entitate publică sau privată a cărei activitate presupune contactul direct cu copii, persoane în vârstă, persoane cu dizabilități sau alte categorii de persoane vulnerabile ori care presupune examinarea fizică sau evaluarea psihologică a unei persoane, cunoscând că pot reveni oricând asupra consimțământului acordat prin prezentul formular.

Îmi exprim consimțământul [  ], nu îmi exprim consimțământul [  ] ca instituția organizatoare a concursului să solicite organelor abilitate în condițiile legii extrasul de pe cazierul judiciar cu scopul angajării, cunoscând că pot reveni oricând asupra consimțământului acordat prin prezentul formular.

Declar pe propria răspundere că în perioada lucrată anterior nu mi s-a aplicat nici o sancțiune disciplinară.

Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele furnizate în acest formular sunt adevărate.

Dosarul conține următoarele documente	DA	NU	NU ESTE CAZUL	NR. PAG.	DE LA PÎNĂ LA —	OBSERVAȚII
Diplomă de studii S sau PL + diploma de bacalaureat						
Aviz/adeverință OAMGMAMR participare concurs ( pt. asistent medical)						
Adeverință medicală						
CV europass						
Cazier judiciar+certificat integritate comportamentală						
Copie carnet de muncă (dacă este cazul)						
Adeverință veche în muncă/REVISAL(dacă e cazul)						
Copie CI						
Alte documente						
Alte certificate de calificare						
Alte documente solicitate						

Semnătură candidat

Data