

## Cerere pentru audiolog

Doamnă/Domnule director,

Subsemnatul(a), .....,  
născut(ă) la data de ....., CNP ....., cu  
domiciliul stabil în localitatea ....., str. .... nr.  
...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/județul .....,  
tel....., absolvent(ă) al/a .....,  
..... cu diploma ....., având  
specialitatea ... .....,  
Certificat de competență/Certificat de perfecționare nr. .... /.....,  
perioada ....., cu un nr. total de ore de pregătire .....,  
angajat(ă) la ....., vă rog a-mi  
emite autorizația de liberă practică în specialitatea .....

Anexez următoarele acte:

- a)** document de studii superioare specifice de lungă durată (diplomă de absolvire/ diplomă de licență/ master) în domeniile:
  - (i)** specializarea de audiologie și protezare auditivă - în cadrul universităților de medicină (facultatea de medicină sau facultatea de bioinginerie) - 3 ani;
  - (ii)** colegiul de audiologie și protezare auditivă - în cadrul universităților de medicină - 3 ani;
- b)** cazierul judiciar sau o declarație pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;
- c)** certificat de sănătate fizică și psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru și de medicina muncii, în original;
- d)** copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz;
- e)** copie de pe dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii nu mai coincide cu cel din actul de identitate.

**Declar pe propria răspundere că documentele depuse de către mine la Direcția de Sănătate Publică a județului Brașov nu sunt false/ falsificate, ci sunt conforme cu realitatea.**

**Cunoscând prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la falsul în declarații, prin prezenta, îmi asum că răspund penal în cazul depunerii unor acte de studii false/ falsificate.**

Data .....

Semnătura .....

**Declarație de consimțământ  
cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal**

**Direcția de Sănătate Publică a județului Brașov**, cu sediul în mun. Brașov, str. Alexandru Ioan Cuza, nr. 28A, operator de date cu caracter personal, prelucrează datele cu caracter personal ale persoanelor vizate (nume, prenume, CNP, număr și serie carte identitate, adresa de domiciliu, conturi e-mail, imagine, telefon, etc.) prin mijloace automatizate/ manual în vederea scopului specificat în declarație.

Datele furnizate sunt destinate utilizării de către operator, sunt comunicate persoanei vizate sau reprezentantului legal al persoanei vizate și nu vor fi transferate către alte entități, cu excepția cazului în care sunt solicitate de către autoritățile competente de cercetare a unor fapte penale sau dacă este necesar ca **Direcția de Sănătate Publică a județului Brașov** să comunice aceste date altor instituții, conform dispozițiilor legale.

Astfel, în vederea unei prelucrări echitabile și transparente și pentru garantarea demnității umane, a intereselor legitime și a drepturilor fundamentale ale persoanelor vizate, operatorul pune la dispoziție persoanei vizate următoarele informații, conform Regulamentului UE nr. 679 din 27.04.2016 :

- Dreptul de a cunoaște perioada pentru care vor fi stocate datele cu caracter personal conform prevederilor legale, destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor, datele de contact ale responsabilului cu protecția datelor;
- Dreptul de a solicita accesul la acestea printr-o cerere scrisă, semnată și datată, de rectificare, blocare, restricționare sau ștergere a acestora (dreptul de a fi uitat), precum și a dreptului de a se opune prelucrării;
- Dreptul de a retrage consimțământul în orice moment, fără a afecta legalitatea prelucrării efectuate pe baza consimțământului înainte de retragerea acestuia;
- Dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale;
- Dreptul de depune o plângere în fața autorității de supraveghere.

Subsemnatul/ subsemnata \_\_\_\_\_,  
având datele de identificare : CNP \_\_\_\_\_, legitimat/ă cu BI/ CI seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, emis de \_\_\_\_\_, cu domiciliul în \_\_\_\_\_

declar pe propria răspundere că îmi dau acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele personale în scopul eliberării **autorizației de liberă practică**, iar aceste date corespund realității.

În acest sens, sunt de acord cu depunerea de copii ale următoarelor documente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, în scopul anterior menționat.

Am luat la cunoștință de faptul că refuzul meu determină refuzul operatorului/furnizorului de a încheia orice contract cu persoana mea sau de a-mi elibera documentele solicitate, și în consecință, de a nu-mi furniza serviciile dorite.

Am luat la cunoștință că datele vor fi tratate confidențial, în conformitate cu prevederile Regulamentului general privind protecția datelor nr. 679/27.04.2016, privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date cu modificările și completările ulterioare.

Data

Semnătura

