



Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**APROBAT**  
**RECTOR,**

***Prof. univ. dr. Octavian Marius CREȚU***

***Către,***  
***Conducerea U.M.F. „Victor Babeș” din Timișoara***  
***Domnule Rector,***

Subsemnata/ul \_\_\_\_\_,  
medic specialist/primar în specialitatea \_\_\_\_\_,  
confirmat/ă prin ordinul MS nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, încadrată la \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cu contract de muncă pe perioada determinată/nedeterminată,

Vă rog să-mi eliberați avizul necesar înscrierii la programul de pregătire în  
cea de a 2a specialitate \_\_\_\_\_

Sub coordonarea \_\_\_\_\_

Declar valabile următoarele date de contact:

- Telefon: \_\_\_\_\_
- E-mail: \_\_\_\_\_

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 înscrierii la pregătire/examen/concurs.  
 DA sunt de acord  NU sunt de acord

Data \_\_\_\_\_

Semnătura