



UNIVERSITATEA
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ” DIN TIMIȘOARA

CĂTRE
UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „VICTOR BABEȘ” TIMIȘOARA
DIRECȚIA DE PREGĂTIRE ÎN REZIDENȚIAT
Compartimentul de Pregătire în Rezidențiat

Subsemnatul/a _____ ,
medic rezident anul _____, loc/post _____ încadrat/ă la _____ ,
din data de _____, confirmat/ă prin ordinul MS nr. _____ / _____ ,
în specialitatea _____, cu pregătire în centrul
universitar _____ cu domiciliul în localitatea _____, str _____
_____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, județ/sector _____ ,
telefon _____, e-mail _____

Prin prezenta vă rog să-mi aprobați întreruperea rezidențiatului din data de _____ pentru:

Anexez:

- copie carte de identitate în termen de valabilitate;
- copie prima pagină carnet;
- copie certificat naștere copil dacă e cazul.

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, în vederea prelucrării solicitării.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea prelucrării solicitării.

☐ DA sunt de acord

☐ NU sunt de acord

Data: _____

Semnătura: _____