



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 _____
și până la data de _____ și suspendarea drepturilor salariale, pentru :

Anexez:

- copie carte de identitate în termen de valabilitate;
- copie prima pagină carnet;
- copie acord coordonator de rezidențiat;
- adeverință sau act adițional emis/ă de angajator (în original) din care să rezulte aprobarea de întrerupere rezidențiat precum și motivul întreruperii.

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: _____