



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 schimbarea numelui în registrul național al rezidenților:
din fostul nume _____

în actualul nume _____

Motivul _____

Anexez:

- copie carte de identitate în termen de valabilitate;
- copie prima pagina carnet;
- copie certificate căsătorie /divorț.

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: _____