

Declarație privind prelucrarea datelor cu caracter personal

Subsemnatul/Subsemnata,, având CNP,
născut(ă) la data de, în localitatea, domiciliat(ă) în (sat,
comuna, oraș, mun.)str., nr.....,
bloc., sc., ap., jud.., posesor al C.I. seria,
nr., eliberată de, la data de, prin prezenta îmi exprim
acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor cu caracter personal, conform Regulamentul (UE)
2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice
în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date de către
Unitatea de Asistență Medico-Socială Teaca.

Data:

Semnătura: