**Acord privind prelucrarea datelor cu caracter personal**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

posesor al CI seria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, numărul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

eliberat de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_la data de

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

îmi exprim acordul cu privire la utilizarea şi prelucrarea datelor mele personale de către Direcția de Sănătate Publică a județului Caraș-Severin, în scopul îndeplinirii activităților specifice, cu respectarea prevederilor legale. Am fost informat că datele furnizate vor fi tratate confidenţial, în conformitate cu prevederile Directivei 95/46/CE privind protecţia persoanelor fizice în ceea priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date, transpusă prin Legea nr. 677/2001 privind protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor şi libera circulaţie a acestor date, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi cu prevederile Directivei 2002/58/CE privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

 Data Semnătură