

## Declarație privind prelucrarea datelor cu caracter personal

Subsemnata \_\_\_\_\_, domiciliată în localitatea \_\_\_\_\_,  
strada \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, scara \_\_\_\_\_,  
apartament \_\_\_\_\_, legitimată cu CI seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, CNP  
\_\_\_\_\_, în calitate de candidat pentru funcția **Expert tehnic  
medical** în cadrul proiectului „**Întărirea capacității instituționale pentru controlul  
infecțiilor spitalicești și gestionarea consumului de antibiotice în România**”, finanțat  
din **Mecanismului Financiar SEE 2014 - 2021**,

prin prezenta îmi dau acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor  
personale (conform prevederilor *Regulamentului privind protecția persoanelor fizice în  
cea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a  
acestor date*) de către Institutul Național de Boli Infecțioase "Prof. Dr. Matei Balș".

Nume prenume \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

Data depunerii prezentei declarații: \_\_\_\_\_