**FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT**

În temeiul art. 6 alin. (1) lit. a) al Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul General privind protecția datelor)

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cu domiciliul în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_\_\_, Bl. \_\_\_\_\_\_\_, Sc. \_\_\_\_\_\_\_, Et. \_\_\_\_\_, Ap. \_\_\_\_, Județul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, posesorul/posesoarea cărții de identitate seria \_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emisă de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, am adus la cunoștința Serviciului de Ambulanță Județean Constanța cu sediul în Municipiul Constanţa, Str. Bravilor Nr. 1, Judeţul Constanţa, CIF 7453157, reprezentată legal prin Manager General Dr. Bădescu Laurenţiu, în calitate de operator de date cu caracter personal, următoarele date personale: nume, prenume, adresă, cod numeric personal, data și locul nașterii, serie și număr act de identitate, telefon, e-mail, imagine, semnătura, adresa date medicale, date privind cazierul judiciar, cetățenia, starea civilă. Datele personale ante menționate au fost furnizate operatorului de date cu caracter personal în contextul unui CV, a unui formular de preangajare și, ulterior, funcție de rezultatul concursului de angaj, pentru încheierea unui contract individual de muncă, precum și cu ocazia efectuării controlului medical în vederea angajării.

Cu ocazia furnizării datelor cu caracter personal, mi s-au adus la cunoștință informațiile prevăzute de art. 13 al Regulamentului (UE) 2016/679, precum și drepturile ce îmi revin în temeiul acestui Regulament, prin intermediul unei note de informare ce constituie parte integrantă a prezentului formular.

În egală măsură, mi s-a adus la cunoștință și înțeleg că scopul prelucrării datelor cu caracter personal furnizate este reprezentat de efectuarea controalelor medicale de medicina muncii, angajarea subsemnatului/subsemnatei, efectuarea instructajelor în domeniul SSM, PSI, protecţia mediului, prelucrarea realizându-se în temeiul art. 6 alin.1, lit. b) şi c) din Regulamentul (UE) 2016/679 (respectiv, prelucrarea este necesară pentru executarea unui contract la care persoana vizată este parte sau pentru a face demersuri la cererea unei persoane vizate înainte de încheierea unui contract; prelucrarea este necesară în vederea îndeplinirii unei obligații legale ce revine operatorului).

În situația în care nu voi fi angajat și nu-mi voi exercita dreptul la ștergerea datelor/la uitare, sunt de acord ca, după un termen de 5 ani de la data finalizării concursului și a termenelor de soluționare a contestațiilor, datele sa fie distruse de către operator.

Prin semnarea prezentului formular, în mod liber, declar că înțeleg și că sunt de acord ca datele cu caracter personal puse la dispoziția operatorului să fie prelucrate de către acesta, în scopul/scopurile încheierii unui contract individual de muncă și derulării raporturilor de muncă.

|  |  |
| --- | --- |
| Numele şi prenumele: | Semnătura:  Data: |