CĂTRE,

 **DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ JUDEŢULUI VÂLCEA**

Subsemnatul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vă rog să binevoiți a-mi elibera un **cod de parafă**, pentru care anexez următoarele acte:

* Carte de identitate/ Paşaport (în termenul de valabilitate)
* Diplomă de licenţă
* Certificat de membru în Colegiul Medicilor/ Colegiul Dentiştilor şi Avizul anual de exercitare a profesiei
* Certificat de medic specialist/ medic primar
* Un act oficial (adeverinţă, contract de muncă, contract de colaborare, contract de prestări servicii etc.) din care să rezulte unitatea sanitară din Judeţul Vâlcea în care îşi desfăşoară activitatea.
* Dovada schimbării numelui (dacă este cazul) - certificat de căsătorie/ sentinţă divorț;

Declar pe propria răspundere că până în prezent nu am primit alt cod de parafă.

**Consimțământ prelucrare date cu caracter personal**

Prin semnarea prezentei îmi asum răspunderea asupra corectitudinii, exactității și veridicității datelor înscrise în prezenta cerere și îmi exprim acordul ca DSP Vâlcea să-mi utilizeze datele cu caracter personal pentru prelucrarea automată și manuală, stocare, arhivare și transmitere la Ministerul Sănătății conform prevederilor Ordinului MS nr.1059/2003. De asemenea, am luat la cunoștință de pe site-ul [www.aspjvalcea.ro](http://www.aspjvalcea.ro) despre drepturile privind datele cu caracter personal prevăzute în Legea nr. 190/2018 și Regulamentul UE nr.679/2016.

Semnătura solicitantului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_