



UNIUNEA EUROPEANĂ

Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!Instrumente Structurale
2014-2020

CaPeSSCoSt "Îmbunătățirea Calității și Performanței Serviciilor Spitalicești prin Evaluarea Costurilor și Standardizare"
Cod SIPOCA/SMIS: 724/129170

Anexa nr.2

DECLARAȚIA DE ACORD
privind prelucrarea datelor cu caracter personal

Subsemnatul/a _____, identificat/ă cu CI seria _____ nr. _____ eliberată de _____ la data de _____, cu domiciliul în _____,

_____, telefon nr. _____, adresa e-mail _____, declar că am fost informat/ă cu privire la operațiunile privind prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate („ANMCS”), pentru derularea procesului de recrutare și selecție personal și, după caz, desfășurării ulterioare a activităților în cadrul Proiectului "CaPeSSCoSt - Îmbunătățirea Calității și Performanței Serviciilor Spitalicești prin Evaluarea Costurilor și Standardizare", ("Proiectul").

În temeiul prevederilor art. 6 alin. 1 lit. a) din GDPR îmi exprim consimțământul liber și neechivoc cu privire la prelucrarea de către ANMCS - în scopurile comunicate - a datelor mele cu caracter personal, astfel cum acestea se regăsesc menționate în prezentul document și în cele comunicate de mine ANMCS.

Confirm că am fost informat/ă expres cu privire la (a) operațiunile care vizează prelucrarea datelor mele cu caracter personal, categoriile de date care sunt prelucrate în scopul selectării și recrutării, precum și realizării activităților Proiectului, destinatarii datelor și informațiilor cu caracter personal gestionate în cadrul Proiectului, precum și (b) la faptul că documentația constituită în cadrul procesului de selecție și recrutare, respectiv rezultată din desfășurarea activităților stabilite în sarcina mea în cadrul Proiectului va fi păstrată, respectiv arhivată de ANMCS conform Legii 16/1996 și, după caz, celei aplicabile Proiectului.

În situația în care datele cu caracter personal ce îmi aparțin, astfel cum acestea se regăsesc identificate în prezentul document și toate în cele comunicate ANMCS de subsemnatul/a în legătură cu Proiectul, vor suferi modificări (după caz - schimbări domiciliu, statut civil, etc), mă oblig să informez în scris ANMCS, în cel mai scurt timp.

Declar că am luat cunoștință de conținutul "Notei de informare privind protecția datelor cu caracter personal" și, în acest context, am emis prezenta declarație de acord.

Data emiterii: _____

Numele și prenumele persoanei vizate (salariatului/ ei Proiectului): _____

Semnătura olografă/ electronică: _____



MINISTERUL SĂNĂȚII

AUTORITATEA NAȚIONALĂ
DE MANAGEMENT AL
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATECasa Națională
de Asigurări de SănătateȘcoala Națională de Sănătate Publică,
Management și Perfecționare în
Domeniul Sanitar București