



Anexa 4

Declarație de consimțământ privind prelucrarea datelor cu caracter personal

Subsemnatul/a (nume, prenume) _____, domiciliat/ă în localitatea _____, județul _____, strada _____, posesor al CI seria _____, numărul _____, eliberat de _____, la data de _____, CNP _____, în calitate de participant(ă) la procedura de selecție grup tinta organizată de **Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași**, în cadrul proiectului SMIS 133314 având titlul **„Inserția absolvenților de medicină pe piața muncii, prin dezvoltarea în cadrul unor stagii de pregătire practică a abilităților practice – MEDPRO”**, având numărul de identificare POCU/626/6/13/ 133314, proiect finanțat din fonduri europene nerambursabile, declar prin prezenta ca sunt de acord cu prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către **Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași** în cadrul proiectului sus menționat. Am fost informat/a ca toate datele cuprinse în dosarul meu de candidatură vor fi tratate confidențial, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului dată de din 27 aprilie 2016 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). Am fost informat/a ca datele mele personale, înregistrate/colectate în cadrul derulării proiectelor POCU, nu sunt prelucrate în niciun alt scop în afară de cele menționate în Anunțul de evaluare și selecție publicat pe site-ul instituției (www.umfiasi.ro) și nu sunt comunicate către niciun terț, excepție făcând doar instituțiile/autoritățile publice, conform prevederilor legale în vigoare. Consimțământul meu, acordat în mod expres și neechivoc, vizează ca datele cu caracter personal să fie prelucrate, prin orice mijloace de către **Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași** și de către orice alt organism abilitat să efectueze verificări asupra activității acesteia.

Dacă datele cu caracter personal furnizate sunt incorecte sau vor suferi modificări (schimbare domiciliu, statut civil, etc.) mă oblig să informez în scris în cel mai scurt timp **Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași**.

Data

Semnătura



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA IAȘI