

<p>Operator date cu caracter personal 17323</p>	<p align="center">CONSILIUL JUDEȚEAN BRASOV SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENTA BRASOV Str. Calea București, nr. 25-27, Brașov, 500326, Tel: 0268/320022, 0372676271 Fax-uri: 0268/333015, 0372676351 Cont RO 88 TREZ 131 21F 330 800 XXXX Trezoreria Brașov; cod fiscal 4384117 Pagină web: www.hospbv.ro Email: sjbrasov@rdslink.ro</p>	<p>Consiliul Județean Brașov</p>	
---	--	----------------------------------	--

Declarație de consimțământ privind acordul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal

Subsemnatul (a), cod numeric personal, născut (ă) la data, în localitatea, domiciliat (ă) în, posesor al C.I. seria..... nr....., eliberată de, la data de, angajat în cadrul, având funcția de, declar că:

Am fost informat (ă) cu privire la prevederile Regulamentului 679/26 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) adoptat de Parlamentul European și Consiliul Uniunii Europene.

Am fost informat (ă) că beneficiaz de dreptul de acces, de intervenție asupra datelor mele și dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale.

Am fost informat (ă) că datele cu caracter personal precum urmează să fie prelucrate și stocate în cadrul Ministerului Sănătății și Ministerul Fondurilor Europene prin Autoritatea de Management a Programului Operațional Capital Uman doar în scopul depunerii și verificării cererii de rambursare a cheltuielilor efectuate cu acordarea stimulentei de risc, însoțită de documentele justificative, în ceea ce privește calitatea mea de angajat.

Am fost informat (ă) că prelucrarea datelor mele cu caracter personal este necesară în vederea obligațiilor legale ce îi revin operatorului, respectiv Ministerului Sănătății, precum și în scopul intereselor și drepturilor ce îmi revin.

Am fost informat (ă) că datele mele cu caracter personal sunt comunicate Ministerul Fondurilor Europene prin Autoritatea de Management a Programului Operațional Capital Uman

În consecință, îmi dau consimțământul pentru prelucrarea, transmiterea și stocarea datelor cu caracter personal în cadrul Ministerului Sănătății și Ministerul Fondurilor Europene prin Autoritatea de Management a Programului Operațional Capital Uman.

Data.....

Semnătura.....