



# Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București

Str. Vaselor 31, 021253, Sectorul 2, București; tel.:(021)252 7834, 252 7893, fax: 252 3014  
contact@snspsms.ro, www.snspsms.ro

---

## **NOTĂ DE INFORMARE**

**în temeiul prevederilor art. 12 alin. 1 din Legea nr. 677/2001**

**și art. 13 din Regulamentul (UE) nr. 679/2016**

Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB), cu sediul în București, Str. Vaselor nr. 31, Sector 2, telefon/fax 0212523551/0212523014, Cod de înregistrare fiscală 26328134, reprezentată legal prin Director General - Prof. Univ. Dr. Cristian Vlădescu, prin intermediul secretariatului didactic și al personalului care organizează de programe de dezvoltare profesională din cadrul școlii, prelucrează datele dumneavoastră cu caracter personal, prin mijloace automatizate/manuale, în scopul realizării obiectului de activitate și cu respectarea prevederilor legale.

Pentru informații suplimentare puteți să vă adresați Responsabilului cu Protecția Datelor cu Caracter Personal al SNSPMPDSB – folosind adresa de e-mail [cberinde@snspsms.ro](mailto:cberinde@snspsms.ro). Persoanele vizate pot contacta responsabilul cu protecția datelor cu caracter personal cu privire la toate aspectele legate de prelucrarea datelor lor și la exercitarea drepturilor lor în temeiul art. 38, alin. (4) din Regulamentul (UE) nr. 679/2016.

Furnizarea de către dumneavoastră a datelor personale este obligatorie, conform legii, în scopul înscrierii la programele de formare/perfecționare/dezvoltare profesională continuă desfășurate în cadrul SNSPMPDSB și derulării raporturilor juridice cu dumneavoastră.

Datele înregistrate sunt destinate utilizării de către operator (SNSPMPDSB) și sunt comunicate numai următorilor destinatari: persoana vizată (dumneavoastră), în anumite cazuri celorlalte compartimente din cadrul școlii (ex. Biroul Financiar-Contabilitate) și altor instituții guvernamentale (ex. Ministerul Sănătății), conform legii.

Perioada de stocare și prelucrare a datelor cu caracter personal de către SNSPMPDSB, este precizată în formularul de consimțământ de pe verso. La sfârșitul perioadei de stocare și prelucrare a datelor conform scopurilor precizate în consimțământ, datele dumneavoastră vor fi șterse.

Conform Legii nr. 677/2001 și Regulamentului (UE) nr. 679/2016, beneficiați de dreptul de acces și de intervenție asupra datelor cu titlu gratuit, precum și de dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale automatizate, inclusiv crearea de profiluri.

Totodată, aveți dreptul să vă opuneți prelucrării datelor personale care vă privesc, să vă retrageți consimțământul și să solicitați ștergerea datelor fără a contraveni obligațiilor legale ce îi revin școlii. Pentru exercitarea acestor drepturi, puteți adresa o cerere scrisă, datată și semnată la sediul din Str. Vaselor nr. 31, Sector 2. De asemenea, aveți dreptul de a vă adresa Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal și justiției.



# Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București

Str. Vaselor 31, 021253, Sectorul 2, București; tel.:(021)252 7834, 252 7893, fax: 252 3014  
contact@snspps.ro, www.snspps.ro

Prelucrarea datelor cu caracter personal, pentru înscrierea la programele de formare/perfecționare/dezvoltare profesională continuă desfășurate în cadrul SNSPMPDSB se face de către secretariatul didactic, la sediul SNSPMPDSB, în baza legilor menționate mai sus și a consimțământului dumneavoastră pentru acele categorii de date personale care nu sunt acoperite de lege, astfel:

Activități de prelucrare	Perioada de stocare și prelucrare estimată	Tipul de date personale	Consimțământ (se marchează cu X)	
Înscriere, luare în evidență, examinare, statistică participanți la programele de formare/perfecționare/dezvoltare profesională continuă	Minim 3 ani după încheierea perioadei de studii	Nume, prenume, CNP, serie și nr. CI, adresă (domiciliu/reședință), dată și loc de naștere, sex, țară, localitate, cetățenie, stare civilă dizabilități/stare socială, profesie, prenumele părinților, stare de sănătate, statutul de angajat, date despre angajator, și alte date care figurează în documentele necesare pentru înscriere (copie buletin/CI, copie pașaport, copii diplome de studii, calificări, specializări, atestări, abilități, certificat medical, acordul angajatorului pentru înscriere).	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
		Adresă de e-mail*	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
		Număr de telefon*	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>

În cazul refuzului sau al nefurnizării acestor date în mod corect și complet, (instituția) SNSPMPDSB ar fi pusă în situația nerespectării reglementărilor legale specifice din domeniul educațional.

Datele din tabelul prezentat, sunt date obligatorii pentru îndeplinirea obligațiilor legale între (instituție) SNSPMPDSB și dumneavoastră. În cazul refuzului de a oferi consimțământul, nu pot fi încheiate raporturi juridice conform legii.

Datele marcate cu (\*) nu sunt obligatorii și nu condiționează încheierea raporturilor juridice, dar sunt utile pentru a facilita o comunicare rapidă cu dumneavoastră. Refuzul furnizării acestor date, va implica deplasarea dumneavoastră la secretariatul didactic sau la sediul CNDPDS din cadrul SNSPMPDSB pentru rezolvarea diverselor neclarități.

Subsemnatul \_\_\_\_\_, declar că am luat la cunoștință drepturile mele conform legislației în materie de prelucrare de date cu caracter personal și îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor menționate în formulare și în actele depuse.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_



**ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ  
MANAGEMENT ȘI PERFECȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR**

Str. Vaselor 31, 021253, Sectorul 2, București; tel.:(021)252 7834, 252 7893, fax: 211 0295  
www.snsps.ro

NR DE INREGISTRARE .....

DIN DATA DE (ziua) ..... (luna) ..... (anul) .....

**CERERE INSCRIERE LA PROGRAMUL DE SPECIALIZARE  
ÎN PRACTICA ASISTENȚEI MEDICALE COMUNITARE**

**SUBSEMNALUL: NUME** ..... **PRENUME:** .....

Nume la naștere: .....

Nume după căsătorie: .....

Inițiala tatălui: .....

Fiul/fiica lui ..... și al .....

**ACTUL DE IDENTITATE:**

C.I./B.I./Pașaport, seria: ..... număr: ..... eliberat/a de: .....

la data de: .....

valabil până la data de .....

**ADRESA DE REZIDENȚĂ:**

Municipiul/Orașul: ..... Str: .....

Nr:..... Bl: ..... Sc: ..... Et: ..... Ap: ..... Sector: ..... Județ .....

Cod Poștal: .....

Telefon fix: .....

Telefon mobil: .....

@E-mail: .....

**STUDII ABSOLVITE / ÎN CURS DE ABSOLVIRE:**

**A. Superioare de licență de lungă durată:**

Universitatea: .....

Facultatea: .....

Licențiat/ă cf. diplomei de studii în: .....

Anul absolvirii: .....

**B. Superioare de scurtă durată:**

Universitatea: .....

Colegiul Universitar: .....

Specialitatea cf. diplomei de studii: .....

Anul absolvirii: .....

**C. Studii postliceale sanitare:**

Școala Postliceală Sanitară: .....

Specialitatea: .....

Anul absolvirii: .....

**D. Studii Medii:**

Liceul Sanitar: .....

Specialitatea: .....

Anul absolvirii: .....

**STATUT OCUPATIONAL:**

**Salariat;**

- Denumirea Angajatorului: .....

- Funcția îndeplinită: .....

- Vechimea în funcție: ..... ani

**Persoană fizică autorizată;**

**Fără ocupație;**

**PRIN PREZENTA CERERE DORESC SĂ FIU ÎNSCRIS/Ă, ÎN PROGRAMUL DE SPECIALIZARE ÎN PRACTICA ASISTENȚEI MEDICALE COMUNITARE ORGANIZAT DE ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT ȘI PERFECȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR.**

**Declar că îmi asum responsabilitatea pentru exactitatea datelor furnizate, cunoscând faptul că eventualele declarații inexacte sau false pot determina pierderea calității de participant la acest program de formare, concomitent cu sancțiunile civile sau penale prevăzute de lege. Am luat la cunoștință și sunt de acord ca datele mele personale să fie prelucrate de ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT ȘI PERFECȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR București, pentru diferite rapoarte statistice, conform legislației în vigoare.**

**Informații suplimentare:**

Frecvența la cursurile organizate de către SNSPMPDS, în vederea finalizării programului și pentru acordarea creditelor **este obligatorie conform programului stabilit.**

**Data**

.....

**Semnătura participantului,**

.....