



**Declarație de consimțământ  
privind acordul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal**

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

Am fost informat(ă) cu privire la prevederile Regulamentului 679/2016 a Parlamentului European și a Consiliului din 27.04.2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date, respectiv prevederile Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului 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(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 și ale copilului/copiilor meu/mei minor/minori, soțului/soției urmează să fie prelucrate și stocate în cadrul Ministerului Sănătății și Direcției de Sănătate Publică a Județului Maramureș doar în scopurile prevăzute de legislație 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 îmi revin operatorului, respectiv Ministerului Sănătății și Direcției de Sănătate Publică a Județului Maramureș precum și în scopul intereselor și drepturilor ce îmi revin.

Am fost informat(ă) că datele mele cu caracter personal sunt comunicate autorităților publice precum și altor instituții abilitate (ex.: ANAF, ANFP, ITM, A.N.I, la solicitarea instanțelor judecătorești sau organelor de cercetare penală, etc.).

Am fost informat(ă) că în scopul prelucrării exacte a datelor mele cu caracter personal, am obligația de a aduce la cunoștința operatorului, respectiv Ministerului Sănătății și Direcției de Sănătate Publică a Județului Maramureș orice modificare survenită asupra datelor mele personale.

Am fost informat(ă) că am dreptul să îmi retrag consimțământul în orice moment printr-o cerere scrisă, întemeiată, datată și semnată depusă la sediul Direcției de Sănătate Publică a Județului Maramureș, exceptând cazul în care prelucrarea datelor mele cu caracter personal este necesară în legătură cu raportul de muncă/serviciu.

În consecință, îmi dau consimțământul pentru prelucrarea, transmiterea și stocarea datelor cu caracter personal în cadrul Ministerului Sănătății și Direcției de Sănătate Publică a Județului Maramureș.

Data.....

Semnătura.....