



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN ALBA  
Str. Calea Moșilor nr. 83 Alba Iulia  
Tel. 0258.834211 - Fax 0258.834211  
e-mail: ambualbas@yahoo.com



Anexa Nr. 5  
la metodologie

## DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), ....., declar că am luat cunoștință de drepturile mele conform legislației în materie de prelucrare de date cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul (UE) nr. 679/2016, și îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor prevăzute în cererea de înscriere la selecția dosarelor, angajare fără concurs pe perioadă determinată, personal contractual, în baza art. 11 din Legea nr. 55/2020 privind unele măsuri pentru prevenirea și combaterea efectelor pandemiei de COVID-19, iar pentru cei declarați admiși, pe toată durata angajării. Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea participării la concurs.  DA, sunt de acord.  NU sunt de acord.

Menționez că sunt de acord cu afișarea numelui în lista cu rezultatele concursului, publicată pe internet, la adresa .....

Data .....

Semnătura .....