



**CONSILIUL JUDEȚEAN DAMBOVIȚA
SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ TÂRGOVIȘTE**

Adresa: Str. Tudor Vladimirescu nr. 48, Târgoviște, județul Dâmbovița;
C.U.I. 4206845 Tel: (0245) 631.582 – Centrala Fax: (0245) 210.509;
E-mail: sptadmirn@spitaldb.ro; Website: www.spitaldb.ro



Cerere privind transferul

Autoritatea sau instituția publică: SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ TÂRGOVIȘTE
Funcția solicitată pentru transfer: MEDIC SPECIALIST (S)
Data organizării interviului: 23.02.2026
Numele și prenumele candidatului:
Date de contact ale candidatului (se utilizează pentru comunicarea cu privire la concurs):
Adresa:
E-mail:
Telefon:

Persoane de contact pentru recomandări:

Numele și prenumele	Instituția	Funcția	Nr. telefon

Anexez prezentei cereri dosarul cu actele în ordinea soliciată din anunț.

Menționez că am luat la cunoștință de condițiile de desfășurare a concursului.

Cunoscând prevederile art 4 pct 2 si 11 si art 6 alin (1) lit a) din Regulamentul (UE) 679/2016 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 Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), în ceea ce privește consimțământul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal declar următoarele:

Îmi exprim consimțământul [☐]

Nu îmi exprim consimțământul [☐]

cu privire la transmiterea informațiilor și documentelor, inclusiv date cu caracter personal necesare îndeplinirii atribuțiilor membrilor comisiei de concurs, membrilor comisiei de soluționare a contestațiilor și ale secretarului, în format electronic.

Îmi exprim consimțământul [☐]

Nu îmi exprim consimțământul [☐]

ca instituția organizatoare a concursului să solicite organelor abilitate în condițiile legii certificatul de integritate comportamentală pentru candidații înscriși pentru posturile din cadrul sistemului de învățământ, sănătate sau protecție socială, precum și din orice entitate publică sau privată a cărei activitate presupune contactul direct cu copii, persoane în vârstă, persoane cu dizabilități sau alte categorii de persoane vulnerabile ori care presupune examinarea fizică sau evaluarea psihologică a unei persoane, cunoscând că pot reveni oricând asupra consimțământului acordat prin prezentul formular.

Acest document conține informații și date care sunt proprietatea Spitalului Județean de Urgență Târgoviște, reproducerea și difuzarea lor sunt în exclusivitate dreptul spitalului.

Îmi exprim consimțământul []

Nu îmi exprim consimțământul []

ca instituția organizatoare a concursului să solicite organelor abilitate în condițiile legii extrasul de pe cazierul judiciar cu scopul angajării, cunoscând că pot reveni oricând asupra consimțământului acordat prin prezentul formular.

Declar pe propria răspundere că în perioada lucrată nu mi s-a aplicat nici o sancțiune disciplinară/
mi s-a aplicat sancțiunea disciplinară

Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, că datele furnizate în acest formular sunt adevărate.

Data:

Semnătura: