

DECLARATIE

3

Subsemnatul

NUME si PRENUME: _____

INITIALA TATALUI: _____

CNP _____ TELEFON: _____

Declar pe proprie raspundere ca adresa mea de corespondenta este:

aceeasi cu adresa de domiciliu;

alta, si anume:

Declar pe proprie raspundere ca sunt de acord ca datele mele personale sa fie utilizate in cadrul cabinetelor de expertiza medicala a capacitatii de munca pentru toate aspectele legate de activitatile specifice ale acestor cabinete, in concordanta cu prevederile Regulamentului (UE) nr.679/2016 al Parlamentului European si al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date

Data

Semnatura