

Având în vedere prevederile Regulamentului UE nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, aplicabil începând cu data de 25.05.2018, **Direcția de Sănătate Publică Suceava emite următoarea”Notă”:**

1.Operator DSP Suceava-str. Scurtă 1A, fax: 0230/515089, email: dspsv@dspsv.ro , web: www.dspsv.ro

2.Responsabil DPO: audit@dspsv.ro

3.Scopul prelucrării: *soluționarea cererii de eliberare a avizului necesar pentru continuarea activității*

4.Temeiul juridic al prelucrării: a. Consimțământ b. Îndeplinirea unei obligații legale ale operatorului

5.În baza unei cereri scrise(poștă, fax, email) aveți următoarele drepturi: drept de acces la informații privind datele cu caracter personal prelucrate(categoriile de date prelucrate, destinarii datelor, perioada de stocare etc.), drept la rectificarea datelor, drept la ștergerea/restricționarea prelucrării(în anumite condiții), Termenul de răspuns la cerere este 30 de zile.

6.Aveți dreptul de a depune plângere în fața Autorității Naționale pentru Supravegherea Prelucrării Datelor cu Caracter Personal- Bd G-ral Gheorghe Magheru nr.28-30, sector 1 București, tel.0318.059.211, email: anspdc@dataprotection.ro

C E R E R E

Subsemnatul(a) _____ încadrat(ă)
/ reprezentat(ă) legal la _____ cu sediul în _____, în funcția de medic gradul profesional _____, specialitatea _____ născut(ă) la data de _____, având în vedere prevederile Legii nr.359/2018 pentru modificarea art.391 alin.(1) din Legea nr.95/2006, solicit menținerea în activitate, în vederea continuării relației contractuale cu Casa de Asigurări de Sănătate Suceava.

Declar pe propria răspundere că în prezent **beneficiez / nu beneficiez** de pensie pentru limită de vârstă din sistemul public de pensii, conform Legii nr.263/2010.

Am luat la cunoștință că datele cuprinse în acest formular vor fi tratate confidențial, în conformitate cu prevederile Regulamentului(UE) 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Îmi dau acordul cu privire la prelucrarea datelor mele personale, iar aceste date corespund realității.

Data,

Semnătura,

Comisiei de avizare a medicilor care au împlinit vârsta de pensionare

Direcția de Sănătate Publică Suceava