CONSIMȚĂMÂNT LIBER EXPRIMAT

cu privire la Prelucrarea Datelor cu Caracter Personal

Subsemnatul/a, _____, CNP _____,

beneficiar de servicii sociale în sistem ambulator în cadrul ***C.S.R.N.T.A***, din subordinea D.G.A.S.P.C. Sector 2, declar faptul că am fost informat/ă cu privire la drepturile mele conform cerințelor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27.04.2016, a Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, modificată și completată și ale Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private în sectorul comunicațiilor electronice de către **Centrul de Servicii de Recuperare Neuromotorie de Tip Ambulatoriu**, care are obligația de a administra în condiții de siguranță și numai pentru scopurile specificate, datele personale cu caracter medical furnizate în cadrul actului medical.

Declar faptul că sunt de acord ca datele mele să fie prelucrate și menționez că acest acord este valabil până va fi expres revocat de către mine în condițiile legale.

Data _____ Semnătură _____