

CATRE ,

**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ SĂLAJ**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, medic specialist/primar  
in specialitatea \_\_\_\_\_ Cod parafă \_\_\_\_\_ Confirmat  
ca medic specialist/primar prin OMS Nr. \_\_\_\_\_, având act de identitate  
\_\_\_\_\_ seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ eliberat de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_  
CNP: \_\_\_\_\_, domiciliat în \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_,  
adresa de e-mail \_\_\_\_\_

In conformitate cu prevederile art. 391 alin. (8) din Legea 95/2006 cu  
monificările și completările ulterioare, vă rog să-mi acordați avizul pentru  
continuarea activității în \_\_\_\_\_

Anexez :

- copie carte de identitate;
- aviz anual privind exercitarea profesiei de medic;
- decizia Biroului Executiv al Consiliului Județean al Colegiului Medicilor Sălaj

**CONSIMITAMANT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL**

Prin semnătură îmi asum răspunderea corectitudinii datelor înscrise în prezenta cerere și imi  
exprim acordul ca Direcția de Sănătate Publică Sălaj să îmi utilizeze datele cu caracter  
personal pentru eliberarea avizului pentru continuarea activității după împlinirea vârstei  
de 67 ani, în conformitate cu Regulamentul UE nr.679/2016.

Data

Semnatura