

Către Spitalul Municipal Câmpulung

Str. Dr. Costea nr. 8

Se aprobă,

Manager

### CERERE

eliberare adeverințe/documente

din arhiva unității

Subsemnatul/a, \_\_\_\_\_, identificat/ă cu \_\_\_\_\_  
seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_, având CNP \_\_\_\_\_, născut/ă la data de  
\_\_\_\_\_, în localitatea \_\_\_\_\_, județul  
\_\_\_\_\_, domiciliat/ă în \_\_\_\_\_, strada  
\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, fost/ă angajat/ă al/a  
\_\_\_\_\_, în perioada \_\_\_\_\_, în funcția  
de \_\_\_\_\_, la secția/departamentul \_\_\_\_\_

Prin prezenta, solicit eliberarea:

**Adeverinței/ adeverințelor din care să rezulte:**

- Reconstituire vechime în muncă
- Sporuri
- Grupa de muncă
- Venit brut / acord
- Carte de muncă/ acte de stare civilă/ acte de studiu în original
- Alte documente (specificați tipul documentului) \_\_\_\_\_

**Anexez prezentei cereri, în copie, următoarele documente:**

- Carte de muncă
- Act de identitate
- Certificat de căsătorie (dacă este cazul)

**Date de contact:**

Persoana de contact: \_\_\_\_\_

Număr de telefon: \_\_\_\_\_

Adresa de e-mail: \_\_\_\_\_

Adeverința se va ridica de la:

Sediul Administratiei Spitalului Municipal Campulung

Se va transmite prin poștă / curier la următoarea adresa:

\_\_\_\_\_

**Declar că:**

În conformitate cu cerințele Regulamentului (UE) 2016/679 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 a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor cu caracter personal – RGDP) și ale Legii notarilor publici și activității notariale nr. 36/1995 republicată, am luat la cunoștință că, Spitalul Municipal Campulung, în calitate de operator de date cu caracter personal, are obligația de a-mi administra, prelucra și porta în condiții de siguranță, și numai pentru scopurile prevăzute de legislația în vigoare, datele mele personale pe care le furnizez sau pe care le furnizează după caz, un membru al familiei ori o altă persoană împuternicită în acest sens;

Am luat act de faptul că datele mele cu caracter personal sunt transmise, prin orice mijloc de comunicare, instituțiilor publice, Caselor Județene de Pensii, Arhivelor Naționale sau altor entități publice sau private ale căror activități sunt incidente în activitatea de arhivare fizică și digitală sau care au legătură directă ori implicită cu soluționarea cererii depuse și care, la rândul lor, sunt operatori de date cu caracter personal;

Am luat la cunoștință că eliberarea adeverinței/ adeverințelor are/au un termen cuprins între 15 și 30 de zile;

Mă oblig să ridic documentele în termen de 15 zile de la data în care am fost notificat prin orice mijloc de prestator.

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_