ACORD
privind prelucrarea datelor cu caracter personal

Subsemnata / subsemnatul _____

CNP |_|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, CI seria _____**, nr.** _____

data eliberării _____ **emitent** _____

adresa

_____

funcția _____

Prin acest acord îmi exprim în mod expres consimțământul ca angajații **Colegiului Județean al Medicilor Călărași** să prelucreze datele mele cu caracter personal, care sunt oferite de către mine, legat de înscrierea în Colegiul Medicilor din România, precum și să colecteze și să prelucreze datele mele pe durata înscrierii și să asigure limitarea accesului persoanelor neautorizate în spațiile destinate exclusiv salariaților, precum și la locul de muncă.

☐ **DA** ☐ **NU**

De asemenea, declar ca ***sunt de acord cu transmiterea*** *datelor cu caracter personal* către autoritățile publice/alți operatori cu care interacționează CJM Călărași, respectiv:

- ☒ **Instituții Bancare**;
- ☒ **Casa de Asigurări de Sănătate a Județului Călărași**;
- ☒ **Direcția de Sănătate Publică a Județului Călărași**;
- ☒ **Ministerul Sănătății;**
- ☒ **Alte colegii teritoriale ale medicilor;**
- ☒ **Unități sanitare;**
- ☒ **Casa de Pensii a Județului Călărași;**
- ☒ **Administrația Națională a Finanțelor Publice**;
- ☒ **Organisme internaționale similare privind migrația medicilor**
- ☒ **Colegiului Medicilor din România**

Declar că am fost informat/ă în legătură cu posibilitatea și modalitățile retragerii prezentului consimțământ, retragere ce nu afectează legalitatea prelucrării efectuate pe baza prezentului consimțământ înainte de retragerea acestuia.

Confirm că am fost informat cu prevederile **REGULAMENTULUI (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 (denumit în continuare GDPR) și legislația națională privind protecția și securitatea datelor personale, în vigoare, aflate pe site-ul nostru: *https://cl.colmed.ro***

☐ **DA** ☐ **NU**

Prezentul acord a fost întocmit în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte.
Am primit un exemplar

Data _____ **Semnătura,**