



Centrul de Excelență în Dezvoltarea Capacității pentru Managementul Serviciilor de Sănătate

## FORMULAR DE ÎNSCRIERE

### PROGRAMUL DE FORMARE ÎN DOMENIUL MANAGEMENT SPITALICESC (MS)

Nume					
Inițiala tatălui					
Prenume					
Act de identitate		Serie		Nr.	
CNP					
Data nașterii					
Locul nașterii					
Profesie					
Funcție					
Instituție					
Adresa serviciu					
Adresa domiciliu					
Telefon			Fax		
E-mail					
Pentru medicii înscriși în Colegiul Medicilor		Specialitate			
		Grad profesional			
		CUIM			

Data:

.....

Semnătura:

.....

## DECLARAȚIE

Subsemnatul/a....., posesor al CI/BI seria ....., numărul ....., declar prin prezenta că am citit, am înțeles și accept să respect prevederile regulamentelor ce se aplică Programului de formare în domeniul „Management spitalicesc”, după cum urmează:

- ✓ Regulamentul programului de formare în domeniul „Management spitalicesc”
- ✓ Regulament cadru privind organizarea și desfășurarea online a programelor de formare și perfecționare la nivelul INMSS
- ✓ Regulament cadru privind organizarea examenului de absolvire a programelor de formare și perfecționare la nivelul INMSS
- ✓ Regulament cadru privind organizarea online a examenului de absolvire a programelor de formare și perfecționare la nivelul INMSS.

Data:

.....

Semnătura:

.....

**NOTĂ DE INFORMARE**  
**în temeiul prevederilor din Legea nr. 190/2018**  
**și art. 13 din Regulamentul (UE) nr. 679/2016**

Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate (INMSS), cu sediul în București, Str. Vaselor nr. 31, Sector 2, telefon/fax 0212523551/0212523014, Cod de înregistrare fiscală 26328134, reprezentată legal prin Director General - Prof.Univ.Dr. Cristian Vlădescu, prin intermediul secretariatului didactic și al personalului care organizează de programe de formare și perfecționare din cadrul INMSS, prelucrează datele dumneavoastră cu caracter personal, prin mijloace automatizate/manuale, în scopul realizării obiectului de activitate și cu respectarea prevederilor legale.

Pentru informații suplimentare puteți să vă adresați responsabilului cu protecția datelor cu caracter personal al INMSS – folosind adresa de e-mail [cberinde@inmss.ro](mailto:cberinde@inmss.ro). Persoanele vizate pot contacta responsabilul cu protecția datelor cu caracter personal cu privire la toate aspectele legate de prelucrarea datelor lor și la exercitarea drepturilor lor în temeiul art. 38, alin. (4) din Regulamentul (UE) nr. 679/2016.

Furnizarea de către dumneavoastră a datelor personale este obligatorie, conform legii, în scopul înscrierii la programele de formare/perfecționare/dezvoltare profesională continuă desfășurate în cadrul INMSS și derulării raporturilor juridice cu dumneavoastră.

Datele dumneavoastră (persoana vizată) înregistrate sunt destinate utilizării de către operator (INMSS) în scopul pentru care au fost colectate și prelucrarea este permisă cu consimțământul explicit al dumneavoastră sau dacă prelucrarea este efectuată în temeiul unor dispoziții legale exprese.

Conform Legii nr. 190/2018 și Regulamentului (UE) nr. 679/2016, beneficiați de dreptul de acces și de intervenție asupra datelor cu titlu gratuit, precum și de dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale automatizate, inclusiv crearea de profiluri.

Totodată, aveți dreptul să vă opuneți prelucrării datelor personale care vă privesc, să vă retrageți consimțământul și să solicitați ștergerea datelor fără a contraveni obligațiilor legale ce îi revin INMSS. Pentru exercitarea acestor drepturi, puteți adresa o cerere scrisă, datată și semnată la sediul din Str. Vaselor nr. 31, Sector 2. De asemenea, aveți dreptul de a vă adresa Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal și justiției.

Prelucrarea datelor cu caracter personal, pentru înscrierea la programele de formare/perfecționare/dezvoltare profesională continuă desfășurate în cadrul INMSS se face de către secretariatul didactic, la sediul INMSS, în baza legilor menționate mai sus și a **consimțământului dumneavoastră expres pentru următoarele categorii de date personale:**

ACTIVITĂȚI DE PRELUCRARE	PERIOADA DE STOCARE ȘI PRELUCRARE	TIPUL DE DATE PERSONALE	CONSIMȚĂMÂNT (se marchează cu X)	
Înscriere, luare în evidență, examinare, emitere certificat de absolvire, statistică participanți la programele de formare/perfecționare/dezvoltare profesională continuă	Minim 3 ani după încheierea perioadei de studii	Nume, prenume, CNP, serie și nr. CI, adresă (domiciliu/reședință), dată și loc de naștere, sex, țară, cetățenie, stare civilă, dizabilități/stare socială specială, profesie, inițială prenume tată, stare de sănătate, statutul de angajat, date despre angajator, și alte date care figurează în documentele necesare pentru înscriere (copie buletin/CI, copie pașaport, copii diplome de studii, calificări, specializări, atestări, abilități, adeverință medicală, acordul angajatorului pentru înscriere).	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
		Adresă de e-mail*	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
		Număr de telefon*	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
		Date biometrice rezultate prin înregistrarea audio-video pentru cursurile și examenele desfășurate online*	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>

În cazul refuzului sau al nefurnizării acestor date în mod corect și complet, INMSS ar fi pusă în situația nerespectării reglementărilor legale specifice din domeniul educațional.

Datele marcate cu (\*) nu sunt obligatorii și nu condiționează încheierea raporturilor juridice, dar sunt utile pentru a facilita o comunicare rapidă cu dumneavoastră. Refuzul furnizării acestor date, va implica deplasarea dumneavoastră la secretariatul didactic sau la sediul CEDCMSS din cadrul INMSS pentru toate aspectele ce necesită comunicare.

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, declar că am fost informat/ă că INMSS este operator de date cu caracter personal și sunt de acord ca datele furnizate de mine să fie prelucrate. INMSS se obligă să utilizeze datele numai pentru destinația stabilită și să asigure protecția și confidențialitatea acestora, conform legislației în vigoare.

Am citit și am înțeles informațiile din nota de informare în temeiul prevederilor din Legea nr. 190/2018 și art. 13 din Regulamentul (UE) nr. 679/2016 și prin semnarea acestui formular sunt de acord să fiu înscris/ă la programul de formare în domeniul "Management spitalicesc"

Data:

.....

Semnătura:

.....