



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SERVICIUL DE AMBULANȚĂ OLT
Str. Aleea Tineretului ,nr.1,A ,Slatina ,OLT
tel: 0249.433302; fax: 0249. 433302 ;
ambulantaolt@yahoo.com,



=====

DECLARATIE DE CONSIMTAMANT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR

Subsemnatul(a),domiciliat(a) in localitatea
judetul,strada,posesor al CI serianr.....,
eliberat de la data de CNP.....,angajat al
Serviciului de Ambulanta Olt ,imi exprim acordul cu privire la utilizarea si prelucrarea datelor mele cu
caracter personal de catre personalul abilitat din cadrul Serviciului de Ambulanta Olt sa prelucreze
aceste date.

Am fost informat de catre **Serviciul Judetean de Ambulanta Olt** ca aceste date vor fi
tratate confidential ,in conformitate cu prevederile **Regulamentului (UE) /679/2016 privind protecția
persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera
circulație a acestor date** si despre drepturile pe care le detin;posibilitatea retragerii
consimtamantului in orice moment,dreptul la opozitie,dreptul de acces la propriile date
personale prelucrate ,dreptul la solicitarea stingerii datelor „dreptul de a fi uitat ,”si dreptul
la despagubiri.

Data.

Numele si prenumele

Semnatura