



Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București

Str. Vaselor 31, 021253, Sectorul 2, București; tel.:(021)252 7834, 252 7893, fax: 252 3014
contact@snspsms.ro, www.snspsms.ro

NOTĂ DE INFORMARE

în temeiul prevederilor art. 12 alin. 1 din Legea nr. 677/2001

și art. 13 din Regulamentul (UE) nr. 679/2016

Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB), 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 dezvoltare profesională din cadrul școlii, 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 SNSPMPDSB – folosind adresa de e-mail cberinde@snspsms.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 SNSPMPDSB și derulării raporturilor juridice cu dumneavoastră.

Datele înregistrate sunt destinate utilizării de către operator (SNSPMPDSB) și sunt comunicate numai următorilor destinatari: persoana vizată (dumneavoastră), în anumite cazuri celorlalte compartimente din cadrul școlii (ex. Biroul Financiar-Contabilitate) și altor instituții guvernamentale (ex. Ministerul Sănătății), conform legii.

Perioada de stocare și prelucrare a datelor cu caracter personal de către SNSPMPDSB, este precizată în formularul de consimțământ de pe verso. La sfârșitul perioadei de stocare și prelucrare a datelor conform scopurilor precizate în consimțământ, datele dumneavoastră vor fi șterse.

Conform Legii nr. 677/2001 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 școlii. 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.



Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București

Str. Vaselor 31, 021253, Sectorul 2, București; tel.:(021)252 7834, 252 7893, fax: 252 3014
contact@snspps.ro, www.snspps.ro

Prelucrarea datelor cu caracter personal, pentru înscrierea la programele de formare/perfecționare/dezvoltare profesională continuă desfășurate în cadrul SNSPMPDSB se face de către secretariatul didactic, la sediul SNSPMPDSB, în baza legilor menționate mai sus și a consimțământului dumneavoastră pentru acele categorii de date personale care nu sunt acoperite de lege, astfel:

Activități de prelucrare	Perioada de stocare și prelucrare estimată	Tipul de date personale	Consimțământ (se marchează cu X)	
Înscriere, luare în evidență, examinare, 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, localitate, cetățenie, stare civilă dizabilități/stare socială, profesie, prenumele părinților, 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, certificat medical, 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"/>

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

Datele din tabelul prezentat, sunt date obligatorii pentru îndeplinirea obligațiilor legale între (instituție) SNSPMPDSB și dumneavoastră. În cazul refuzului de a oferi consimțământul, nu pot fi încheiate raporturi juridice conform legii.

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 CNDPDS din cadrul SNSPMPDSB pentru rezolvarea diverselor neclarități.

Subsemnatul _____, declar că am luat la cunoștință drepturile mele conform legislației în materie de prelucrare de date cu caracter personal și îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor menționate în formulare și în actele depuse.

Data _____

Semnătura _____



Școala Națională de Sănătate Publică
Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar
București

Centrul Național de Dezvoltare Profesională în Domeniul Sanitar

Str. Vaselor 31, 021253, Sectorul 2, București; tel.:(021)252 7834, 252 7893, fax: (021)252 3014

contact@snsps.ro, www.snsps.ro

tel.:(021)2550360, fax (021)2556445

Nr. _____ / _____

Subsemnatul(a) Dr. _____,

născut(ă) la data de: zi _____ lună _____ an _____, în localitatea _____

județul _____, fiul (fiica) lui _____ și al _____

medic medicină generală _____, medic specialist _____, medic primar _____, (se marchează cu X)

în specialitatea _____,

alt statut profesional _____

angajat al _____,

cu domiciliul stabil în, localitatea _____

județul/ sectorul _____, str. _____, nr. _____,

bl. _____, sc. _____, ap. _____, număr de telefon _____,

E-mail _____,

Vă rog să-mi aprobați înscrierea la programul de **EDUCAȚIE MEDICALĂ CONTINUĂ** :

Documente necesare pentru înscriere:

- Diploma de licență - copie
- Certificatul de membru al Colegiului Medicilor/ Medicilor Dentiști/Farmacienților/Psihologilor - din România / alte organizații profesionale , valabil – copie
- Adeverință de la locul de muncă
- Copie după cartea de identitate

Data:

Semnătura solicitantului

Domnului Director General al SNSPMPDSB