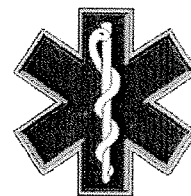




**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN BRAȘOV**

Str. Dr. Victor Babeș, nr. 27, Brașov  
Tel. 0268 413333 – Fax 0268 416 411  
e-mail: [ambbv@ambulantabrasov.ro](mailto:ambbv@ambulantabrasov.ro)  
[contabilitate@ambulantabrasov.ro](mailto:contabilitate@ambulantabrasov.ro)  
[jurist@ambulantabrasov.ro](mailto:jurist@ambulantabrasov.ro)



**CERERE DE TRANSFER**

Subsemnatul/a ..... domiciliat/ă ..... în  
..... posesor al CI seria ..... nr ..... , emisă de  
..... , la data de ..... , angajat în prezent în  
cadrul ..... pe funcția de  
..... formulez prezenta cerere, în vederea realizării transferului  
pe funcția de ..... din cadrul SAJ Brașov .....  
(denumirea structurii).

Prin prezenta sunt/nu sunt de acord ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate de către SAJ Brașov, în scopul derulării procedurii de transfer, pentru organizarea căreia a fost publicat anunțul pe pagina de internet a instituției și pentru care am calitatea de applicant, cu respectarea prevederilor Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 (GDPR) privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Anexez prezentei următoarele documente:

Data,

Semnătura,