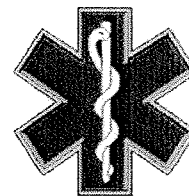




**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN BRAȘOV**

Str. Dr. Victor Babeș, nr. 27, Brașov
Tel. 0268 413333 – Fax 0268 416 411
e-mail: ambbv@ambulantabrasov.ro
contabilitate@ambulantabrasov.ro
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 aplicant, 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,