

ANEXA 2

DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT privind prelucrarea datelor cu caracter personal

Subsemnatul/a _____, în calitate de angajat pe perioada nedeterminată conform contract individual de muncă nr. _____ din data de _____ în cadrul _____, domiciliat/ă în _____, Str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et _____, ap _____, identificat cu BI/CI/Pașaport/Alt document de identitate seria _____, nr. _____ eliberat de către _____, la data de _____, CNP _____, tel: _____, e-mail: _____.

Datele cu caracter personal care fac obiectul prezentei declarații vor fi utilizate și prelucrate în scopul implementării proiectului.

Am fost informat că datele furnizate vor fi tratate confidențial în conformitate cu prevederile Legii 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor).

Am luat la cunoștință că Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București (A.S.S.M.B.) are obligația legală de a-mi administra, prelucra și porta în condiții de siguranță **datele mele personale**, pe care le furnizez sau pe care le furnizează instituția.

Prelucrarea datelor cu caracter personal presupune orice operațiune sau un set de operațiuni efectuate asupra datelor cu caracter personal sau asupra seturilor de date cu caracter personal, cu sau fără utilizarea de mijloace automatizate, cum ar fi: colectarea, înregistrarea, organizarea, structurarea, stocarea, adaptarea sau modificarea, extragerea, consultarea, utilizarea, divulgarea prin transmitere, diseminarea sau punerea la dispoziție în orice alt mod, alinierea sau combinarea, restricționarea, ștergerea sau distrugerea.

Totodată am luat act de faptul că **datele mele cu caracter personal** vor fi transmise, prin orice mijloc de comunicare, instituțiilor publice sau altor entități publice ori private.

Am fost informat/ă că **datele mele personale** urmează să fie prelucrate, sub orice formă materială (pe suport de hârtie) și electronică, în cadrul Proiectului **"DOCTORI PENTRU BUCUREȘTI"**, implementat de către A.S.S.M.B., scopul colectării datelor fiind necesar implementării proiectului anterior precizat.



Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București

Strada Sf. Ecaterina, Nr. 3
Sector 4, București
Tel: 021 310 10 59
Fax: 021 310 10 69
Email: contact@assmb.ro
www.assmb.ro



Am fost informat/ă că în conformitate cu prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare și a Regulamentului (UE) nr. 679/2016, beneficiaz de următoarele **drepturi**:

- dreptul de acces la prelucrarea datelor cu caracter personal;
- dreptul de a obține din partea operatorului informații cu privire la scopurile prelucrării;
- destinatarii sau categoriile de destinatari cărora datele cu caracter personal le-au fost sau urmează să le fie divulgate;
- perioada pentru care se preconizează că vor fi stocate sau criteriile utilizate pentru a stabili această perioadă;
- informații disponibile privind sursa datelor cu caracter personal când acestea nu sunt colectate de la persoana vizată;
- dreptul de a solicita operatorului rectificarea, completarea sau ștergerea datelor cu caracter personal ori restricționarea prelucrării datelor cu caracter personal sau dreptul de a mă opune prelucrării (printr-o cerere scrisă, datată, semnată, depusă la sediul operatorului, în cazul de față la sediul A.S.S.M.B.);
- dreptul de a depune o plângere în fața Autorității Naționale de Supraveghere.

În situația în care, datele mele personale cu caracter personal furnizate sunt incorecte sau vor suferi modificări (schimbare domiciliu, statut civil, etc) mă oblig să informez în scris A.S.S.M.B. în timp util.

- *Sunt de acord să primesc pe adresa de e-mail informații despre campaniile și proiectele desfășurate de Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București*

Data

____/____/____

Numele și prenumele

Semnătură _____