



unitate afiliată în
PROCES DE ACREDITARE



SPITALUL ORĂȘENESC MĂCIN

STR. MIRCEA VODĂ, NR. 34
ORAȘ MĂCIN, JUDEȚ TULCEA
COD FISCAL 4321380
NR. OPERATOR DATE CU CARACTER PERSONAL 27531

TELEFON: 0240571883

FAX: 0240571968

E-MAIL: somacin2002@yahoo.fr

ANEXA 1 la Regulament

DOAMNA MANAGER,

Subsemnatul(a), _____ cu domiciliul în localitatea _____
str. _____ nr. _____, bloc _____ scara _____ ap. _____, județul _____,
telefon _____, posesor/posesoare al/a C.I. seria _____ nr. _____,
eliberat de _____ la data de _____ va rog să îmi aprobați
depunerea dosarului pentru angajarea pe perioada determinată, conform Legii nr. 55/2020 privind
unele măsuri pentru prevenirea și combaterea efectelor pandemiei de COVID-19, pe postul de
_____ din cadrul Spitalului Orasenesc Macin

Dosarul de înscriere la selecție conține următoarele documente:

- O cererea de înscriere adresată managerului Spitalului Orasenesc Macin, în care menționez postul pentru care doresc să candidez (ANEXA 1);
- O declarație privind consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal conform prevederilor Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 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), cu modificările ulterioare (anexa 4);
- O actul de identitate în termen de valabilitate, certificatul de naștere, certificatul de căsătorie, sau orice alt document care atestă identitatea și numele, potrivit legii, după caz;
- O documentele care să ateste nivelul studiilor și ale alte acte care atestă efectuarea unor specializări, precum și copiile documentelor care atestă îndeplinirea condițiilor specifice ale postului;
- O certificatul de membru însoțit de avizul anual pentru 2020 pentru autorizarea exercitării profesiei eliberat de OAMGMAMR Tulcea;
- O carnetul de muncă sau după caz, adeverințe care atestă vechimea în muncă sau în specialitatea studiilor sau extras din aplicația Revisal semnat și stampilat de angajator;
- o contractul de voluntariat/certificatul de voluntariat (daca este cazul);
- O cazierul judiciar sau o declarație pe propria răspundere că nu am antecedente penale care se mă fac incompatibil cu funcția pentru care candidez (anexa 2);
- o adeverința medicală eliberată de medicul de familie sau certificat medical din care se rezulte că sunt apt din punct de vedere fizic și neuropsihic pentru exercitarea activității pentru postul pentru care candidez;
- o curriculum vitae, model comun european;
- O declarație pe propria răspundere că sunt/nu sunt încadrat/încadrat la altă instituție publică sau privată și nu mă aflu în situația de carantină sau izolare la domiciliu (anexa 3).

Data

Semnatura



unitate afiliată în
PROCES DE ACREDITARE



SPITALUL ORĂȘENESC MĂCIN

STR. MIRCEA VODĂ, NR. 34
ORAȘ MĂCIN, JUDEȚ TULCEA
COD FISCAL 4321380

TELEFON: 0240571883

FAX: 0240571968

E-MAIL: somacin2002@yahoo.fr

NR. OPERATOR DATE CU CARACTER PERSONAL 27531

ANEXA 2 la Regulament

DECLARATIE

pe propria raspundere privind antecedentele penale

Subsemnatul(a), _____ posesor/posesoare al/a C.I. seria
_____ nr. _____ eliberat de _____ la data de
_____ domiciliat(a) in _____, cunoscand
prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul in declaratii, declar pe
propria raspundere ca nu am antecedente penale și nu fac obiectul niciunei
proceduri de cercetare sau de urmarire penala.

Data

Semnatura

*) Prezenta declaratie este valabila pana la momentul depunerii cazierului
judiciar, in conformitate cu prevederile legale in vigoare.



SPITALUL ORĂȘENESC MĂCIN

STR. MIRCEA VODĂ, NR. 34
ORAȘ MĂCIN, JUDEȚ TULCEA
COD FISCAL 4321380

TELEFON: 0240571883

FAX: 0240571968

E-MAIL: somacin2002@yahoo.fr

NR. OPERATOR DATE CU CARACTER PERSONAL 27531

ANEXA 3 la Regulament

DECLARATIE pe propria raspundere

Subsemnatul(a), _____
posesor/posesoare al C.I. seria _____ nr. _____ eliberata de _____
la data de _____, domiciliat(a) in _____
declar pe propria raspundere ca sunt/nu sunt incadrat/incadrata la o alta institutie
publica sau privata și, in conformitate cu prevederile Ordinului ministrului
sanatatii nr. 414/2020 privind instituirea masurii de carantina pentru persoanele
aflate in situatia de urgenta de sanatate publica internationala determinata de
infectia cu COVID-19 și stabilirea unor masuri in vederea prevenirii și limitarii
efectelor epidemiei, cu modificarile și completările ulterioare, nu ma aflu in situatia
de carantina sau izolare la domiciliu si am luat cunostinta de prevederile art. 326
din Codul penal privind falsul in declaratii și de cele ale art. 352 din Codul penal
cu privire la zadarnicirea bolilor.

Data

Semnatura

SPITALUL ORĂȘENESC MĂCIN

STR. MIRCEA VODĂ, NR. 34
ORAȘ MĂCIN, JUDEȚ TULCEA
COD FISCAL 4321380
NR. OPERATOR DATE CU CARACTER PERSONAL 27531

TELEFON: 0240571883

FAX: 0240571968

E-MAIL: somacin2002@yahoo.fr

ANEXA 4 la Regulament

DECLARATIE

Subsemnatul(a), _____ declar ca am luat cunostinta de drepturile mele conform legislatiei in materie de prelucrare de date cu caracter personal, in conformitate cu Regulamentul (UE) nr. 679/2016, și îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor prevazute in cererea de inscriere la selectia dosarelor, angajare fără concurs pe perioada determinata, personal contractual, in baza art. 11 din Legea nr. 55/2020 privind unele masuri pentru prevenirea și combaterea efectelor pandemiei de COVID-19, iar pentru cei declarati admisi, pe toata durata angajarii.

Refuzul acordarii consimțământului atrage imposibilitatea participarii la selectie

- DA, sunt de acord
- NU sunt de acord

Mentionez ca sunt de acord cu afisarea numelui in lista cu rezultatele selectiei, publicate pe internet, la adresa www.spitalulmacin.ro

Data

Semnatura