


| | | |
|---|--|-------------------------|
|  | Școala doctorală în domeniul Științe medicale | Redacția.: 02 |
| | | Data: 20.10.2015 |
| | | Pag. 1 / 1 |

DECLARAȚIE
privind acordul pentru prelucrarea datelor
cu caracter personal

Subsemnatul (a) _____
domiciliat _____
str. _____ nr. _____ bloc. _____ ap. _____
posesor al buletinului de identitate seria ____ nr. _____ eliberat
de _____ din _____ cod
numeric personal (IDNO) _____ declar că, îmi
dau acordul pentru stocarea, prelucrarea, transmiterea și utilizarea datelor cu
caracter personal de către Școala doctorală în domeniul Științe medicale.

Am luat cunoștință de faptul că Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” este operator de date cu caracter personal conform Legii Nr. 133 din 08.07.2011 privind protecția datelor cu caracter personal; Legii nr. 71-XVI din 22 martie 2007 cu privire la registre; Hotărîrii Guvernului RM nr. 1123 din 14.12.2010 privind aprobarea Cerințelor față de asigurarea securității datelor cu caracter personal la prelucrarea acestora în cadrul sistemelor informaționale de date cu caracter personal, precum și Convenției pentru protecția persoanelor referitor la prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal (Strasbourg, 28 ianuarie 1981).

Semnătura _____

Data _____