

DECLARAȚIE DE CONȘIMȚĂMÎNT

PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Subsemnatul....., domiciliat/ă în localitatea.....,jud.....,str..... nr., posesor al BI/CI/Pașaport Seria....., Nr....., eliberat dela data de..... CNP....., în calitate de (parinte/tutore/pacient cu vârstă de peste 16 ani) îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal și/sau ale minorului cu vârstă sub 16 ani. de către **Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu"**, denumit în continuare "beneficiar".

Sunt informat de către beneficiar – că aceste date vor fi tratate confidențial, în conformitate cu prevederile:

- ✓ Regulamentului 2016/ 679 al Uniunii Europene privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Am luat la cunoștință faptul că în conformitate cu prevederile legale am drept de acces, de opoziție și de intervenție asupra datelor și pot să-mi exercit aceste drepturi adresându-mă beneficiarului.

Părinte/Tutore/ Pacient

Data: ____/____/____ Nume, prenume _____

Semnătura,