**BIROUL DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ**

**DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT**

Subsemnatul/a, ............................................................... CNP ..…....................................... BI/CI/CIP seria …………  nr. ……................... eliberat de ……………….. la data de ….………

domiciliat în ………………………, str. ........................................, nr. ........, bl. …......, sc. …....., ap. …….., telefon ............................... e-mail ………………………………..,……………………

reprezentant legal al minorului…………………………………………. ………………………….

declar pe propria răspundere că sunt de acord cu prelucrarea, stocarea și utilizarea datelor personale, precum și furnizarea acestora către terți, după caz, de către **Centrul de Sănătate Multifuncțional “Sfântul Nectarie”**, cu respectarea **prevederilor Regulamentului(UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016, privind protecţia 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.**

**Data:**

**Semnătura:**