*Anexa nr. 1*

**CERERE ÎNSCRIERE**

**Către**

**Universitatea** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ având CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificat(ă) cu CI/ paşaport seria \_\_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de **cadru didactic angajat al Universității** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicit înscrierea în grupul țintă de formatori în cadrul Proiectului POCU/918/4/8/149892 cu titlul: *„Program postuniversitar de formare în economia sănătății [HEALTHESIS]”,* prevăzut în cadrul subactivității ***A1.2 - Formarea personalului didactic implicat în furnizarea programului postuniversitar de formare profesională continuă şi/ sau programului postuniversitar de educație permanentă în domeniul economiei sănătății****.*

Cu stimă,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nume, prenume)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(semnătura)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(data)*

*Anexa 2*

**INFORMARE ȘI DECLARAŢIE DE CONSIMŢĂMÂNT**

**PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL**

**Universitatea de Medicină și Farmacie CAROL DAVILA din București** cu sediul în Str. Dionisie Lupu nr.37, sector 2, București, **cod fiscal 4192910**, telefon 021318.07.18, 021318.07.19, 021318.07.21, email: rectorat@umfcd.ro având ca responsabil cu protecția datelor cu caracter personal în cadrul Proiectului POCU/918/4/8/149892 pe d-na Mihaela Grozaiu, e-mail: healthesis.umf@gmail.com***prelucrează datele cu caracter personal colectate prin intermediul documentelor de înscriere în Grupul țintă al Proiectului POCU/918/4/8/149892***, în conformitate cu cerințele Regulamentului UE nr. 679/2016 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 (GDPR), în următoarele scopuri:

* Înscrierea în Grupul țintă al Proiectului POCU/918/4/8/149892; îndeplinirea obiectivelor Proiectului și în scop statistic, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, având ca temei legal respectarea obligațiilor legale impuse de Contractul de finanțare POCU/918/4/8/149892;
* Raportarea datelor participanților la program către Ministerul Fondurilor Europene, în calitate de Autoritate de Management pentru Programul Operaţional Capital Uman, reprezentat prin Organismul Intermediar Regional pentru Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane Regiunea București-Ilfov, având ca temei legal respectarea obligatiilor legale impuse de Contractul de finanțare POCU/918/4/8/149892;
* Comunicarea cu Grupul țintă și transmiterea de informări, având ca temei legal interesul legitim al Universității legat de asigurarea bunei desfășurări a programelor de formare la care participați, atunci când, conform evaluării noastre, considerăm că prelucrarea este corectă, rezonabilă și proporțională cu scopul prelucrării.

Datele vor fi stocate la **Universitatea de Medicină și Farmacie CAROL DAVILA din București** în format electronic și pe suport de hârtie, cel puțin 3 (trei) ani de la data închiderii POCU. De asemenea, Universitatea are obligația legală de a pune la dispoziția AMPOCU/ OIPOCU delegat, Autorității de Certificare, Autorității de Audit, Comisiei Europene, Oficiului European de Luptă Antifraudă, Curții Europene de Conturi, precum și oricărui organism abilitat să efectueze verificări asupra modului de utilizare a finanțării nerambursabile, datele dumneavoastră. Persoanele vizate au dreptul de a solicita operatorului, în ceea ce priveşte datele cu caracter personal referitoare la persoana vizată, accesul la acestea, rectificarea acestora sau restricționarea prelucrării precum și dreptul la portabilitatea datelor; Persoanele vizate au dreptul de a depune o plângere în fața unei autorități de supraveghere. Dreptul la ștergerea datelor sau cel de a se opune prelucrării nu pot fi exercitate, având în vedere necesitatea respectării unei obligații legale care prevede prelucrarea în temeiul dreptului intern, precum și interesul legitim de a putea certifica participarea la programele de formare postuniversitar acreditate de Autoritatea Națională pentru Calificări. Având în vedere că furnizarea de date cu caracter personal ce fac obiectul înscrierii dumneavoastră reprezintă o obligație legală, Universitatea nu va putea permite înscrierea la programele de formare profesională postuniversitare acreditate de Autoritatea Națională pentru Calificări a persoanelor care nu vor furniza aceste informații.

Subsemnatul/Subsemnata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declar că am luat cunoștință de Politica privind prelucrarea datelor cu caracter personal a **Universității de Medicină și Farmacie CAROL DAVILA din București**precum și de drepturile persoanelor vizate, inclusiv de existența dreptului de a-mi retrage consimțământul în orice moment, fără a fi afectată legalitatea prelucrării efectuate pe baza consimțământului înainte de retragerea acestuia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nume, prenume)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(semnătura)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(data)*

*Anexa 3*

Universitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod identificare fiscală\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr. înregistrare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ADEVERINȚĂ**

Prin prezenta adeverim că dl/ dna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, este angajat/ă al **Universitatea de** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **cu contract de muncă pe perioadă determinată/ nedeterminată**în calitate de**cadru didactic, la catedra** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

S-a eliberat prezenta pentru a-i folosi la participarea în cadrul Proiectului POCU/918/4/8/149892 cu titlul: *„Program postuniversitar de formare în economia sănătății [HEALTHESIS]”*cofinanţat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capital Uman 2014-2020, Prioritatea de investiții 9.iv: Creșterea accesului la servicii accesibile, durabile și de înaltă calitate, inclusiv asistență medicală și servicii sociale de interes general, Axa prioritară 4: Incluziunea socială şi combaterea sărăciei”, Beneficiar: Universitatea de Medicină și Farmacie CAROL DAVILA din București.

Data Semnătura/ Ștampila

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Anexa 4*

**DECLARAȚIE**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de cadru didactic la catedra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ din cadrul Universității \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificat/ă prin CI/Pasaport seria \_\_\_\_ număr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declar pe proprie răspundere, cunoscând dispoziţiile articolului 326 Cod Penal cu privire la falsul în declaraţii, că:

* Nu am mai beneficiat anterior și nu beneficiez în prezent de sesiuni de formare similare (curriculum similar: *Economie şi economia sănătății; Factori de risc asupra sănătății populației (ex. efecte secundare ale medicației, tip de investigații, etc.); Cererea şi oferta în domeniul sănătății, caracteristicile pieței serviciilor de sănătate; Modalități de finanțare și de plată a serviciilor de sănătate (ex. plata furnizorilor; asigurarea privată de sănătate); Tehnici de evaluare economică pentru determinarea costurilor, identificarea, măsurarea şi evaluarea consecințelor (externalități); Evaluarea din punct de vedere economic şi procesul de luare a deciziei; Aspecte de legislație și etică; Contextul european al evaluării tehnologiilor medicale*) conform *Ghidului solicitantului - condiții specifice - ”Formarea personalului implicat în implementarea programelor prioritare de sănătate”* în proiecte diferite finanțate din POCU sau din alte surse de finanțare nerambursabilă.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nume, prenume)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(semnătura)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(data)*

*Anexa 5*

**DECLARAȚIE**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de cadru didactic la catedra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ din cadrul Universității \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificat/ă prin CI/Pasaport seria \_\_\_\_ număr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cunoscând dispoziţiile articolului 326 Cod Penal cu privire la falsul în declaraţii, declar pe proprie răspundere că în cazul în care voi fi admis în urma participării la procedura de recrutare și selecție GRUP ȚINTĂ DE FORMATORI, sunt disponibil/ă să particip în calitate de grup țintă al Proiectului POCU/918/4/8/149892 la TOATE activităţile de formare în Health Economics (inclusiv de perfecționare/ dezvoltare personală, etc.) care se vor organiza în cadrul subactivității A1.2 a proiectului *(Formarea personalului didactic implicat în furnizarea programului postuniversitar de formare profesională continuă și/ sau programului postuniversitar de educație permanentă în domeniul economiei sănătății).*

Totodată, îmi asum să aloc timpul necesar pentru participarea la toate activitățile de formare în Health Economics care se vor organiza în cadrul subactivității A1.2 a proiectului.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nume, prenume)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(semnătura)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(data)*

*Anexa 6*

**DECLARAȚIE**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de cadru didactic la catedra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ din cadrul Universității \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificat/ă prin CI/Pasaport seria \_\_\_\_ număr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cunoscând dispoziţiile articolului 326 Cod Penal cu privire la falsul în declaraţii, declar pe proprie răspundere că în cazul în care voi fi admis în urma participării la procedura de recrutare și selecție GRUP ȚINTĂ DE FORMATORI, după încheierea activităților de formare în Health Economics (subactivitatea A1.2 a proiectului), sunt disponibil/ă să particip în calitate de formator - Expert didactic economie aplicată/ sănătate aplicată/ Legislatie, etică și context european la activitățile desfășurate în cadrul subactivității A1.3 a proiectului (*Derularea în regim pilot a programului postuniversitar de formare profesională continuă și/ sau programului postuniversitar de educație permanentă în domeniul economiei sănătății*).

Totodată, îmi asum să aloc timpul necesar pentru realizarea în optime condiții a atribuțiilor în cadrul Proiectului cu respectarea prevederilor legale aplicabile.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nume, prenume)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(semnătura)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(data)*