

**CERERE DE ÎNSCRIERE ÎN PROIECTUL
„ȘCOLI SĂNĂTOASE ÎN BUCUREȘTI”**

Subsemnatul(a) _____ domiciliat/ă în București, str. _____, nr. _____, bl. _____ sc _____, ap _____, sector _____, telefon _____, e-mail _____, identificat/ă cu BI/C.I. seria _____, nr _____, C.N.P. _____, eliberat de _____, la data de _____, în calitate de _____ al minorului _____, identificat/ă cu CN/C.I seria _____, nr. _____, C.N.P. _____ eliberat de _____, la data _____, *solicit în mod voluntar înscrierea minorului pe care îl reprezint*, în Proiectul „ȘCOLI SĂNĂTOASE ÎN BUCUREȘTI”, în vederea testării RT-PCR, în conformitate cu prevederile Regulamentului de implementare a Proiectului.

- Declar prin prezenta că, în conformitate cu prevederile Legii 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului 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), am luat la cunoștință că Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București (A.S.S.M.B.), cât și unitățile afiliate au obligația legală de a-mi administra, prelucra și porta în condiții de siguranță datele mele personale și ale minorului, pe care le furnizez sau pe care le furnizează instituția.
- Datele cu caracter personal care fac obiectul prezentei declarații vor fi utilizate, în vederea executării contractelor de către A.S.S.M.B, deciziilor și referatelor de specialitate, cât și de către unitățile de specialitate în optică medicală, în cadrul proiectului ” ȘCOLI SĂNĂTOASE ÎN BUCUREȘTI” și implicit în vederea decontării sprijinului financiar către aceste unități afiliate.
- Îmi exprim acordul ca A.S.S.M.B, cât și unitățile afiliate să stocheze documentele medicale, pentru perioada prevăzută de legislația în materie.
- Declar că am fost informat/ă și îmi exprim acceptul cu privire la următoarele aspecte legate de prelucrarea datelor cu caracter personal atât ale mele și ale minorului pe care îl reprezint.
- Declar că am fost informat/ă că datele mele personale și ale minorului pe care îl reprezint, urmează să fie prelucrate, sub orice formă materială (pe suport de hârtie) și electronică, în cadrul Proiectului ” ȘCOLI SĂNĂTOASE ÎN BUCUREȘTI”, de către unitățile afiliate și de către Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București.
- Retragerea prezentului acord poate avea drept efect, după caz, încetarea relațiilor încheiate cu A.S.S.M.B.
- Înțeleg că furnizarea acestor date este necesară în vederea derulării Proiectului ” ȘCOLI SĂNĂTOASE ÎN BUCUREȘTI” efectuat de către A.S.S.M.B. în condiții legale și că, în lipsa acestora, A.S.S.M.B. nu poate derula operațiunile specifice activității sale.
- În cazul în care datele mele cu caracter personal furnizate sunt incorecte sau vor suferi modificări,

Directia Programe Proiecte

precum și orice cerere sau sesizare în legătură cu prelucrarea datelor mele cu caracter personal va fi transmisă în scris la sediul A.S.S.M.B. din Bld. Ion Mihalache, nr. 11-13, Sector 1, București;

- Mă oblig să mă prezint la data și ora programate și comunicate în prealabil, la unitatea medicală afiliată în vederea efectuării testului RTC – PCR.
- Am luat la cunoștință de faptul că neprezentarea la data și ora comunicate, atrag pierderea dreptului de a beneficia de sprijinul acordat prin proiect.

****Prin semnarea documentului, se prezumă acordul ambilor părinți***

Atașez prezentei următoarele documente :

1. Copie carte de identitate părinte/reprezentant legal;
2. Copie certificat de naștere/carte de identitate elev (după caz),
3. Înștiințare triaj, eliberată de Cabinetul medical școlar, ca urmare a triajului epidemiologic efectuat la prezentarea în unitatea școlară,

❖ *Sunt de acord să primesc pe adresa de e-mail informații despre campaniile, programele și proiectele desfășurate de A.S.S.M.B.*

❖ *Prezentul document include Declarație de prelucrare a datelor cu caracter personal,*

[Redacted]

Data completării: _____

Nume, prenume _____

Semnătura reprezentantului legal: _____

Pentru mai multe informații, privind înscrierea în cadrul proiectului, va rugăm să ne contactați la unul din următoarele numere de telefon: 0759.030.875; 0759.030.876; 0759.030.877; 0759.030.878; 0759.030.879; 0759.030.880 sau pe adresa de e-mail testamelevi@assmb.ro.