

**Declarație de consimțământ  
privind prelucrarea datelor cu caracter personal**

Subsemnatul/a..... domiciliat/ă în localitatea  
....., str.....nr. ...., bl....., sc. ...., et....., ap..... sector  
..... posesor/posesoare al/a CI seria ..... nr.....eliberat/ă de ....., la data de .....,  
CNP ....., tel: ....., e-mail: .....

Prelucrarea datelor dumneavoastră cu caracter personal este efectuată de către SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICĂ GINECOLOGIE PANAIT SÎRBU și ADMINISTRAȚIA SPITALELOR ȘI SERVICIILOR MEDICALE BUCUREȘTI, în conformitate cu prevederile Legii nr. 190/2018 *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, prevederile Regulamentului nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice, în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date a Convenției pentru protejarea persoanelor față de prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal .

**Date prelucrate:** datele personale (numele, prenumele, adresa de domiciliu/resedință, numărul de telefon fix/mobil, codul numeric personal, adresa de e-mail) ale participanților la Cursul ”Școala Părinților”

**Scopul prelucrării:** datele cu caracter personal sunt prelucrate pentru crearea unei baze de date în vederea realizării unei evaluări și statistici privind nivelul de receptivitate al participanților la curs față de informațiile transmise și de organizarea unor astfel de activități. De asemenea, datele cu caracter personal vor fi transferate către Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București în vederea prelucrării datelor conform celor menționate anterior.

**Durata prelucrării:** Stocarea datelor personale pentru o perioadă mai îndelungată de timp se poate efectua pentru realizarea de statistici și îmbunătățirea serviciilor oferite în cadrul Cursului ”Școala Părinților”.

Datele cu caracter personal vor fi stocate de părți într-o formă care să permită identificarea persoanelor vizate, pe o perioadă care nu depășește perioada necesară îndeplinirii scopurilor în care sunt prelucrate, respectiv pe durata desfășurării cursului mai sus menționat și încă timp de 1 an după terminarea acestuia.

Declar ca am fost informat/ă și îmi exprim acceptul cu privire la următoarele aspecte legate de prelucrarea datelor mele cu caracter personal:

Declar că am fost informat/ă că datele mele personale urmează să fie prelucrate, sub orice formă materială (pe suport de hârtie) și electronică, în cadrul Cursului ”Școala Părinților” de către SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICĂ GINECOLOGIE PANAIT SÎRBU și de CĂTRE ADMINISTRAȚIA SPITALELOR ȘI SERVICIILOR MEDICALE BUCUREȘTI.

Înțeleg că furnizarea acestor date este necesară derulării relațiilor cu SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICĂ GINECOLOGIE PANAIT SÎRBU și cu A.S.S.M.B. în condiții legale și că, în lipsa acestora, SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICĂ GINECOLOGIE PANAIT SÎRBU și A.S.S.M.B. nu poate derula operațiunile specifice activității sale.

Retragerea prezentului acord poate avea drept efect, după caz, încetarea relațiilor generate de Acordul încheiat cu A.S.S.M.B., cu toate consecințele ce pot deriva dintr-o astfel de încetare.

În cazul în care datele mele cu caracter personal furnizate sunt incorecte sau vor suferi modificări , precum și orice cerere sau sesizare în legătură cu prelucrarea datelor mele cu caracter personal va fi transmisă în scris la sediul SPITALULUI CLINIC DE OBSTETRICĂ GINECOLOGIE PANAIT SÎRBU din str. Calea Giulești 5, Sector 6, București.

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

**Data**

.....

**Nume, prenume și semnătură**

.....



SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE

“PROF. DR. PANAIT SÎRBU”

Calea Giulești nr. 5, Sector 6, București - Tel: 021.316.12.81



*Seria de curs* \_\_\_\_\_ *luna* \_\_\_\_\_

### Fisa de inscriere la Cursul de Educatie Prenatala ”Scoala Parintilor”

#### **GRAVIDA:**

Nume \_\_\_\_\_ Prenume \_\_\_\_\_

CNP \_\_\_\_\_ BI/CI, Serie \_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_, eliberat la  
data de \_\_\_\_\_, de catre \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Profesia \_\_\_\_\_

Data ultimei menstruatii \_\_\_\_\_ varsta de sarcina \_\_\_\_\_

Medic curant \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

Semnatura \_\_\_\_\_

#### **PARTENER:**

Nume \_\_\_\_\_ Prenume \_\_\_\_\_

CNP \_\_\_\_\_ BI/CI, Serie \_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_, eliberat la  
data de \_\_\_\_\_, de catre \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Profesia \_\_\_\_\_, angajat la \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

Data inscrierii la curs \_\_\_\_\_

Semnatura \_\_\_\_\_