***Declaraţie privind acordul înregistrării audio-video a probei de concurs***

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nume anterior \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fiul (fiica) lui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ şi al (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ născut(ă) în anul \_\_\_\_\_, luna \_\_\_\_\_, ziua \_\_\_\_\_, în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ judeţul/sectorul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, țara \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cetăţenie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, strada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, număr \_\_\_\_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_\_\_, scară \_\_\_\_\_\_\_, etaj \_\_\_\_\_\_, apartament \_\_\_\_\_\_\_\_, județ/sector \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de candidat(ă) la concursul organizat de Centrul Medical de Diagnostic și Tratament Ambulatoriu Ploiești, în vederea ocupării unui post vacant de **medic specialist, specialitatea medicină de familie,** conform opțiunii exprimate în cererea de înscriere la concurs*,* declar pe propria răspundere că sunt de acord ca proba/probele susținută/susținute în cadrul examenului/concursului, să fie înregistrate audio-video.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_