

**CERERE DE ÎNSCRIERE ÎN PROIECTUL
„TESTAREA BRCA”**

Subsemnatul/a _____, CNP _____, CI
serie _____ nr _____, eliberat la data de _____, email
_____, telefon _____ Domiciliul
stabil _____ Reședința (dacă este
cazul) _____, valabilitate de la _____
până la _____ solicit includerea în Proiectul „**TESTAREA BRCA**”, în vederea obținerii
sprijinului financiar acordat, pentru efectuarea testării BRCA și îmi exprim acordul pentru prelucrarea
datelor cu caracter personal, după cum urmează:

- 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 personale și medicale pe care le furnizez sau pe care le furnizează instituția.
- Datele cu caracter personal și medicale 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 efectuarea testării BRCA, în cadrul proiectului „**TESTAREA BRCA**” 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 mele cu caracter personal și medicale:
 - Declar că am fost informat/ă că datele mele personale și medicale urmează să fie prelucrate, sub orice formă materială (pe suport de hârtie) și electronică, în cadrul Proiectului „**TESTAREA BRCA**”, de către unitățile afiliate și de către Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București.

Direcția Programe Proiecte

- Retragerea prezentului acord poate avea drept efect, după caz, încetarea relațiilor cu A.S.S.M.B.
- Înțeleg că furnizarea acestor date este necesară în vederea derulării Proiectului „**TESTAREA BRCA**” 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 și medicale 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 A.S.S.M.B. din Bld. Ion Mihalache, nr. 11-13, Sector 1, Bucuresti.
- Ma oblig să achit cheltuielile ce depășesc valoarea sprijinului financiar de 2.500 lei/beneficiar;
- Mă oblig să mă prezint în maximum 30 zile de la primirea deciziei de aprobare, la unitatea medicală selectată, pentru programarea în vederea efectuării testării BRCA, în caz de nerespectare a termenului cunoscând faptul ca, decizia de aprobare a sprijinului financiar va deveni nulă de drept.

Data completării: _____

Nume, prenume

Semnătura : _____