



Certificat ISO 9001:2008
Nr. 39109/A/0001/UK/R

Adresă: Strada Clinicilor, nr. 3-5, 400006, Cluj-Napoca
Email: secretariat@scj-cj.rdscj.ro; Tel: 0264-597.852, Fax: 0264-596.085
Operator date caracter personal 720

Nr. înregistrare: _____ / _____

Formular de înscriere ca voluntar

(Volunteer application form)

Date personale (Personal data) *¹

- **Nume (Name)**

Prenume (First): _____

Nume de familie (Last): _____

- **Adresă (Address)**

De domiciliu: _____

Home address: _____

- **Reședința (Residence)(in Romania)**

- **Naționalitatea (Nationality)**

✓ _____
✓ _____

- **Țară (Country)**

✓ _____

- **E-mail și număr de telefon (E-mail and phone number)**

✓ _____
✓ _____

¹ Câmpurile cu „*” sunt obligatorii. The fields with „*” are mandatory.

• **Limbi străine (Foreign Languages)**

Nivel limbi străine(Level)

✓ _____
✓ _____

Instituția de învățământ (Educational Institution)/Specialitatea (Area of study)/Anul(Year) *

• **Alte competențe (Other skills)**

Dacă doriți să aplicați pentru un anumit post, vă rugăm să precizați poziția și structura.

(If applying for a specific volunteering vacancy, please state which role and location.)

Este prima experiență de acest fel? *

*(This is your first volunteer experience?)**

Da(Yes)___ Nu(No)___

Dacă ați răspuns NU, completați în continuare:

(If you answered NO, fill the following):

Experiență de voluntariat (Amintiți cele mai recente cazuri):

(Volunteer experience) (List most recent positions):

Poziția (Position): _____

Poziția (Position): _____

Instituția (Institution): _____

Instituția (Institution): _____

Departamentul

Departamentul

(Department): _____

(Department): _____

Perioada(Date): _____

Perioada(Date): _____

Detalii privind repartizarea (Placement details)

Durata voluntariatului (Duration of Volunteer Services) *

Data de început propusă (Proposed Start Date): _____

Data de finalizare propusă (Proposed End Date): _____

Disponibilitatea d-voastră în timp (Your disponibility in time) *

De la (From) _____ a.m/p.m. **-până la (to)** _____ a.m/p.m.

Care sunt zilele în care ați fi disponibil pentru activitatea de voluntariat? Marcați ziua cu "X"! (Which days can you volunteer? Mark the day with "X")!

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Luni (Monday) | <input type="checkbox"/> Vineri (Friday) |
| <input type="checkbox"/> Marți (Tuesday) | <input type="checkbox"/> Sâmbătă (Saturday) |
| <input type="checkbox"/> Miercuri (Wednesday) | <input type="checkbox"/> Duminică (Sunday) |
| <input type="checkbox"/> Joi (Thursday) | <input type="checkbox"/> Sărbători (Holidays) |

Frecvența (Frequency) *

Săptămânal, a câte _____ ore; (Weekly), for _____ hours;

Lunar, a câte _____ ore; (Monthly), for _____ hours;

Ocazional, a câte _____ ore; (Occasionally), for _____ hours;

Ați suferit vreodată o condamnare (găsit vinovat) pentru o faptă penală, sau aveți un dosar pe rolul instanțelor penale? *

Da ___ Nu ___

Dacă ați răspuns DA, vă rog descrieți toate condamnările, faptele și împrejurările referitoare la aceste cauze.

(Have you ever been convicted (found guilty) of a crime or there are any pending criminal charges awaiting a hearing in a court of law? *

Yes ___ No ___

If you answered YES, please describe all convictions, the facts and circumstances involved).

Contact în caz de urgență: Vă rog să numiți persoana care doriți să fie anunțată în caz de urgență^{*} .

Emergency contact: In the event of an emergency, please list the person you would want notified^{} .*

Nume (Name)	Relație (Relationship)
Nr. telefon Acasă (Home telephone number)	Nr. telefon Mobil (Cellular phone number)

Declarație pe propria răspundere (Statement of Understanding):

Certific faptul că toate informațiile sunt cele reale și acestea au fost date cu acordul meu. Sunt de acord ca informații privind datele personale să fie făcute publice, dacă există un scop sau interes legal. Eliberez instituția Spitalului de orice fel de răspundere privind furnizarea acestor informații.

Declar pe propria răspundere că renunț la cheltuielile de hrană, cazare, transport sau orice alte cheltuieli ocazionate de desfășurarea activității de voluntariat, datorită lipsei fondurilor alocate cu această destinație de către unitatea sanitară.

Sunt de acord că toate activitățile întreprinse pe timpul perioadei de voluntariat, în cadrul instituției Spitalului, vor fi neremunerate.

Sunt de acord ca, pe toată perioada voluntariatului, să respect procedurile și protocoalele în vigoare privind organizarea și funcționarea Spitalului Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca.

I certify that all information are true and has been given voluntarily. I understand that this information may be disclosed to any party with legal and proper interest. I release the Hospital from any liability whatsoever for supplying such information.

I understand that all my activities within the Hospital, during the time I volunteer, gives me no right to be remunerated.

I agree that within the entire period of volunteering, to respect all the procedures and protocols in force caused by the organization and operation of Cluj-Napoca Emergency County Hospital.

Semnătura Aplicantului: _____

Applicant's Signature: _____

Vizat

Coord.Voluntar:



Certificat ISO 9001:2008
Nr. 39109/A/0001/UK/R

Adresă: Strada Clinicilor, nr. 3-5, 400006, Cluj-Napoca
Email: secretariat@scj-cj.rdscj.ro; Tel: 0264-597.852, Fax: 0264-596.085
Responsabilul cu protecția datelor:
Nr. de telefon: 0742 216 488
E-mail: dpo@scjucluj.ro

INFORMARE INITALĂ

Subscrisa, **SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ CLUJ-NAPOCA**, cu sediul în **STR. CLINICILOR nr. 3-5, CUI 4288080**, telefon **0264 597 852**, e-mail **secretariat@scj-cj.rdscj.ro**, în baza art. 13 din **REGULAMENTUL (UE) 2016/679 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI/ 27 aprilie 2016**, vă informăm că vom colecta și prelucra datele dvs. cu caracter personal (nume, adresa de email, număr de telefon, adresa de domiciliu, CNP, etc.) în scopul **încheierii contractului de voluntariat**.

Temeiul juridic al prelucrării datelor dvs. cu caracter personal îl reprezintă - **persoana vizată și-a dat consimțământul pentru prelucrarea datelor sale cu caracter personal pentru scopul indicat anterior (art. 6 alin. 1 lit. a din Regulament)**.

Vă informăm că destinatarii datelor dvs. cu caracter personal sunt angajații subscrisei, serviciul resurse umane, compartimentul juridic precum și orice angajat care este implicat la soluționarea cererii dumneavoastră și că nu intenționăm transferarea acestor date către o altă instituție publică sau societate privată.

Datele vor fi stocate pe parcursul desfășurării contractului de voluntariat, ulterior, urmând ca aceste date să fie arhivate conform dispozițiilor prevăzute în **Legea Arhivelor Naționale și a nomenclatorului arhivistic**.

Vă informăm ca aveți dreptul de a solicita accesul la datele dvs. personale, precum și rectificarea sau ștergerea acestora sau restricționarea prelucrării, conform legii, precum și dreptul de a face plângere la autoritatea de supraveghere, dacă considerați că drepturile dvs. au fost nerespectate.

Data:

Am luat la cunostinta,

Nume, Prenume:

Semnatura:

CONSIMȚĂMÂNT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Declar, în mod neechivoc, faptul că sunt de acord ca **SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ CLUJ-NAPOCA**, cu sediul în **STR. CLINICILOR nr. 3-5, CUI 4288080**, telefon **0264 597 852**, e-mail **secretariat@scj-cj.rdscj.ro**, în calitate de operator, prin reprezentanții acestuia, să prelucreze datele mele cu caracter personal introduse în documentele pentru voluntariat în scopul **încheierii contractului de voluntariat**.

Consimțământul în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal este voluntar. Acest consimțământ putând fi retras în orice moment, iar retragerea lui nu afectează legalitatea utilizării datelor înainte de retragerea consimțământului (retragerea consimțământului nu are efect retroactiv).

De asemenea, înțeleg că în lipsa consimțământului meu liber exprimat sau retras, datele cu caracter personal nu vor fi prelucrate și contractul de voluntariat nu va putea fi încheiat.

Declar că, pentru orice întrebare sau nelămurire referitoare la prelucrarea datelor cu caracter personal, **SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ CLUJ-NAPOCA** mi-a pus în vedere faptul că pot contacta persoana responsabilă cu protecția datelor cu caracter personal, având datele de contact menționate în antetul documentului.

Data:

Am luat la cunostinta,

Nume, Prenume:

Semnatura: