



CONSILIUL JUDEȚEAN ARAD
DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ
ȘI PROTECȚIA COPILULUI
Str. 1 Decembrie 1918, nr. 14, cod 310134
tel./ fax. – 0040 – (0)257 – 210055, 210035
mobilphone: 0040 – (0)745 – 534965; 0040 – (0)735 – 203423
e – mail: secretariat@dgaspc-arad.ro
web: www.dgaspc-arad.ro
Operator de prelucrare date cu caracter personal nr. 8089



Nr: _____/_____

Se aprobă,
Director general,

ANGAJAMENT DE CONFIDENȚIALITATE

Privind difuzarea de informații obținute prin efectuarea unor activități de practică
în cadrul D.G.A.S.P.C. ARAD

În conformitate cu:

- prevederile art.3 alin.1 și art.16 din Legea nr.18/1990 pentru ratificarea Convenției cu privire la drepturile copilului, republicată
- prevederile Legii nr.272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, republicată, cu modificările și completările ulterioare
- prevederile HGR nr.1018/2002 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la obligațiile ce revin serviciilor publice specializate pentru protecția drepturilor copilului în vederea garantării respectării dreptului la imagine și intimitate al copilului aflat în plasament sau încredințare
- prevederile Legii nr.677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date
- prevederile Legii nr.544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public

Având în vedere dreptul de a fi protejat împotriva ingerințelor arbitrate sau ilegale în viața personală, este interzis ca informațiile obținute, altele decât cele de interes public, să fie transmise în formă video, foto, audio sau scrisă.

Subsemnatul/a _____, reprezentant/ă al

_____ prin prezenta solicit aprobarea efectuării activității de practică în unitatea

_____ care aparține de D.G.A.S.P.C. ARAD, conform planificării efectuate în comun cu șeful unității de ocrotire pe perioada _____, începând cu data de _____, în zilele de _____, în intervalul orar _____.

Mă angajez:

1. să prezint rezultatul următoarelor analize medicale: analize pentru plămâni, exudat faringian, exudat nazal și coproparazitologic + adeverință eliberată de medicul de familie cu mențiunea – clicic sănătos, apt pentru practică
2. să respect regulamentul de ordine interioară a unității;
3. să respect programarea activităților de practică;
4. să stabilesc împreună cu conducătorul unității, grupa sau copilul de care mă voi ocupa pe perioada activității profesionale

Declar pe proprie răspundere că nu voi divulga sau folosi datele ori informațiile obținute.

Semnătură solicitant