



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](mailto:secretariat@dgaspc-arad.ro)  
web: [www.dgaspc-arad.ro](http://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.4 din Legea nr.30/1994 privind ratificarea Convenției pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale și a protocoalelor adiționale la această convenție

- prevederile Legii nr.129/2018 pentru modificarea și completarea Legii nr.102/2005 privind înființarea, organizarea și funcționarea Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal, precum și pentru abrogarea 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 voluntariat;
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