

**CERERE DE ÎNSCRIERE ÎN PROIECTUL
„CLAR - pentru COPII”**

Subsemnatul(a) _____ domiciliat/ă în București, str. _____, nr. _____, bl. _____ sc _____, ap _____, sector _____, telefon _____, e-mail _____, identificat/ă cu BI/C.I. seria _____, nr _____, C.N.P. _____, eliberat de _____, la data de _____, în calitate de _____ al minorului _____, identificat/ă cu CN/C.I seria _____, nr. _____, C.N.P. _____ eliberat de _____, la data _____, solicit înscrierea minorului pe care îl reprezint, în Proiectul „CLAR - pentru COPII”, în vederea obținerii sprijinului financiar acordat, pentru confecționarea unei perechi de ochelari de vedere (rame și lentile).

Am atașat la prezentul formular de înscriere fotocopie carte de identitate a părintelui/reprezentantului legal al minorului, pentru a dovedi domiciliul/reședința în Municipiul București (fotocopie față/verso în cazul reședinței), precum și fotocopie a certificatului de naștere/carte de identitate a minorului (după caz).

- 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 mele personale și ale minorului, pe care le furnizez sau pe care le furnizează instituția.
- Datele cu caracter personal 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 optică medicală, în cadrul proiectului "CLAR - pentru COPII" 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 cu caracter personal atât ale mele și ale minorului pe care îl reprezint:

Direcția Programe Proiecte

- Declar că am fost informat/ă că datele mele personale și ale minorului pe care îl reprezint, urmează să fie prelucrate, sub orice formă materială (pe suport de hârtie) și electronică, în cadrul Proiectului "CLAR - pentru COPII", de către unitățile afiliate și de către Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București.
- Retragerea prezentului acord poate avea drept efect, după caz, încetarea relațiilor generate de contractul încheiat cu A.S.S.M.B., cu toate consecințele ce pot deriva dintr-o astfel de încetare.
- Înțeleg că furnizarea acestor date este necesară în vederea derulării Proiectului "CLAR - pentru COPII" 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 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, București;
- Ma oblig să achit cheltuielile ce depășesc valoarea sprijinului financiar de 500 lei/beneficiar;
- Mă oblig să mă prezint în maximum 30 zile de la primirea deciziei de aprobare, la unitatea de optică medicală selectată, pentru programarea în vederea recepției ochelarilor de vedere, în caz de nerespectare a termenului cunoscând faptul ca, decizia de aprobare a sprijinului financiar va deveni nulă de drept.

Declar, de asemenea ca:

- Sunt de acord cu fotografierea/înregistrarea video a minorului
(prin bifarea și semnarea documentului)
- Nu sunt de acord cu fotografierea/înregistrarea video a minorului

****Prin semnarea documentului, se prezumă acordul ambilor părinți.***

Atașez prezentei următoarele documente :

1. Copie act de identitate subsemnat;
2. Copie certificat de naștere al minorului sau CI (după caz);
3. Copie indicație medicală, eliberată de medicul oftalmolog specialist/primar.

- ❖ *Toate documentele se vor prezenta în original pentru conformitate. Sunt de acord să primesc pe adresa de e-mail informații despre campaniile, programele și proiectele desfășurate de A.S.S.M.B.*
- ❖ *Prezentul document include Declarație de prelucrare a datelor cu caracter personal, Acord foto-video, Acord părinte.*

Data completării: _____

Nume, prenume _____

Semnătura reprezentantului legal: _____