

*Preacucernice Părinte Director,*

Subsemnatul/a, \_\_\_\_\_,  
cu CNP \_\_\_\_\_, domiciliat/ă în \_\_\_\_\_,  
str.\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_, ap. \_\_\_\_, jud. \_\_\_\_\_ fiul/fiica lui  
\_\_\_\_\_ și \_\_\_\_\_, absolvent/ă al/a  
\_\_\_\_\_, cu deosebit respect vă rog a-mi  
aproba înscrierea la examenul de admitere la Profilul Postliceal Sanitar din cadrul  
Seminarului Teologic Ortodox, calificarea profesională \_\_\_\_\_,  
în anul școlar 2024-2025.

Loc de muncă \_\_\_\_\_

Funcția \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

București,  
2024

Semnătură,

*Prin semnarea prezentului formular, în mod liber, declar că înțeleg și că sunt de acord ca datele cu caracter personal puse la dispoziția operatorului (Seminarul Teologic Ortodox) pentru înscrierea la examenul de admitere să fie prelucrate de către acesta, în temeiul art. 6 alin. (1) lit. a) al Regulamentului (UE) 2016/679 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).Preacucerniciei Sale,*

*Preacucernicului Părinte Marian Colțan,*

*Director al Seminarului Teologic Ortodox din București*