Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Doamna Director,

Subsemnatul / a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliat / a in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Strada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numar\_\_\_\_\_Bloc\_\_\_\_Scara\_\_\_\_Etaj\_\_\_\_Apartament\_\_\_\_\_\_\_ ,in calitate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pentru persoana cu handicap grav \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicit plata indemnizatie / continuitate plata indemnizatie cuvenita conform Legii 448/2006, in urma obtineri certificatului de incadrare in grad de handicap Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_

Telefon |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

1. Sunt de acord/nu sunt de acord prin acesta cerere ca datele mele personale sa fie prelucrate in vederea soluţionării cererii in conformitate cu prevederile Legii nr.190/2018 privind masuri de punere in aplicare a Regulamentului U.E. nr. 679/2016 al Parlamentului European si al Consiliului din 27 aprilie 2016, pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal. Am înțeles că refuzul prelucrării datelor mele cu caracter personal poate conduce la imposibilitatea soluționării cererii menționate la pct. 1

Data : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Semnatura :

Doamnei Director a Directiei de Asistenta Sociala Targoviste