

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a) _____ domiciliat(a) în _____,
str. _____, nr. _____, bl. _____, ap. _____, posesor al C.I./B.I. seria _____ nr. _____
eliberat de _____ la data _____, CNP _____,
asistent personal al persoanei cu handicap grav _____ prin prezenta
solicit eliberarea unei adeverințe din care să rezulte _____
fiindu-mi necesară la _____

Data _____

Semnătura

Documente anexate:

- Copie C.I./B.I.

Datele dumneavoastră personale sunt prelucrate de Direcția de Asistență Socială Alexandria, potrivit Regulamentului 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (GDPR) în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale de protecție și asistență socială. Datele pot fi dezvăluite unor terți în baza unui temei legal justificat. Vă puteți exercita dreptul de acces, intervenție și de opoziție în condițiile Regulamentului 679/2016, printr-o cerere scrisă, semnată și datată, depusă la sediul instituției.