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 atribuţiilor legale de protecţie şi asistenţă 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 şi datată, depusă la sediul instituţiei.