CERERE ACORDARE INDEMNIZAȚIE

Domnule Director,

Subsemnatul(a)_____,
CNP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| domiciliat(ă)/ în oraș Pantelimon, str. _____, nr. _____, bl._____, sc. ___, et. ___, apart. ___, telefon_____, adresă de reședință în str. _____, nr._____, bl. ___, et._____, apart.___, în calitate de reprezentant legal al copilului/ adultului _____, încadrat în grad de handicap grav cu drept la asistent personal, vă rog să-mi aprobați acordarea indemnizației lunare cuvenită persoanelor cu handicap grav.

Anexez prezentei cereri:

Adult	**Copil**
□ copie CI/BI	□ copie certificat naștere copil
□ copie certificat de handicap	□ copie C.I mama/tata
	□ copie certificat de handicap

Prin prezenta declar că am fost informat(ă) și ☐ sunt de acord / ☐ NU sunt de acord ca datele cu caracter personal să fie prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.

Am luat la cunoștință că informațiile din cererea depusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate de către Direcția de Asistență Socială Pantelimon cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Data_____ Semnătura_____