DIRECŢIA DE ASISTENŢĂ SOCIALĂ ROMAN
COMPARTIMENTUL PERSOANE CU DIZABILITATI

Nr……./…….

DOMNULE PRIMAR,

SUBSEMNATUL(A).....

DOMICILIAT(Ă) IN ROMAN, STRADA.....

NR....., BL....., AP....., JUD. NEAMT, REPREZENTANT LEGAL / CURATOR AL MINORULUI/BOLNAVULUI.....

ROG SA-MI APROBATI ACORDAREA INDEMNIZATIEI DE HANDICAP CONFORM LEGII 448/ 2006

DATA: …… SEMNĂTURA:……..

Durata medie de completare a formularului: 3 minute

Subsemnatul/a, _____ , declar că am fost informat că datele cu caracter personal sunt prelucrate de Primăria municipiului Roman, D.A.S.Roman, numai în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea Regulamentului (UE) 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind *protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.*

Totodată îmi exprim consimțământul ca DAS să solicite și să prelucreze datele cu caracter personal care sunt colectate, deţinute sau gestionate de o altă autoritate sau instituţie publica, în scopul procesării și soluționării acestei cereri.

DATA: …… SEMNĂTURA:……..