MUNICIPIUL ROMAN

Serviciul emitent: ***DIRECŢIA DE ASISTENŢĂ SOCIALĂ ROMAN***
Str. Alexandru cel Bun, nr.3 Tel. 0233744771 Fax. 0233 744737
E-mail:sappp@primariaroman.ro

CONSIMȚĂMÂNT

Subsemnatul/a,_____ , domiciliat în _____, județul_____, posesor al CI seria ____, nr. _____, eliberat de _____, la data de _____, CNP _____, **consimt în mod expres și neechivoc, ca Direcţia de Asistenţă Socială Roman**, în conformitate cu art. 2[1], alin. 1) și 2) din Legea nr. 9/2023 privind stabilirea unor măsuri de simplificare la nivelul administrației publice centrale și pentru modificarea și completarea unor acte normative, **să solicite organelor abilitate sau entităților emitente copii sau extrase ale următoarelor documente** (*se vor menționa care sunt acestea):*

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

în vederea soluționării cererii nr._____ din data de _____, privind _____ .

Menționez, de asemenea, că sunt de acord cu stocarea acestor date de către Direcţia de Asistenţă Socială Roman pentru perioada necesară îndeplinirii obligațiilor legale și/sau contractuale și apoi cu arhivarea lor potrivit legislației aplicabile.

Data, Semnătura,