

CĂTRE
COSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI CARANSEBEȘ
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ CARANSEBEȘ

DOMNULE/DOAMNA DIRECTOR,

Subsemnatul (a) _____,
CNP _____, domiciliat(ă) în Caransebeș str. _____
nr. ___ bl. ___ sc. ___ ap. __, județul Caraș-
Severin, telefon _____, posesorul buletinului de identitate seria _____ nr. _____,
eliberat la data de _____, de către _____,
prin prezenta solicit indemnizație pentru persoana
cu handicap grav _____,
cu domiciliul în Caransebeș, str. _____, nr. _____, bl. _____,
sc. _____ ap. _____, telefon _____ persoană cu handicap conform
certificatului nr _____ / _____ emis de Comisia de Evaluare a
Persoanelor Adulte cu Handicap – Caraș-Severin/Comisia pentru Protecția Copilului
– Caraș-Severin.

Mă angajez, pe proprie răspundere, să anunț Direcția de Asistență Socială Caransebeș, în termen de 48 ore, orice modificare de natură să influențeze realizarea obligațiilor față de persoana asistată (schimbare de grad, schimbare de domiciliu, trecere la pensie de invaliditate gradul I, decesul bolnavului).

- ✓ Declar prin prezenta că sunt de acord cu utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către Direcția de Asistență Socială Caransebeș.
- ✓ Am fost informat/ă că, în conformitate cu prevederile Legii nr. 677/2001 cu modificările și completările ulterioare și a Regulamentului-cadru nr. 679/2016, beneficiaz de dreptul de acces, de intervenție asupra datelor și de dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale și dreptul să solicit ștergerea datelor printr-o cerere scrisă, datată și semnată la sediul DAS Caransebeș.
- ✓ Dacă datele cu caracter personal furnizate sunt incorecte sau vor suferi modificări (schimbare domiciliu, statut civil etc.) mă oblig să informez în scris DAS Caransebeș în timp util.
- ✓ Mi s-a adus la cunoștință despre faptul că refuzul meu de a furniza datele cu caracter personal necesare și solicitate de către DAS Caransebeș determină imposibilitatea soluționării cererii..

Caransebeș, la _____

SEMNĂTURA
