

CĂTRE
COSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI CARANSEBEȘ
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ CARANSEBEȘ

DOMNULE/DOAMNA DIRECTOR,

Subsemnatul (a) _____,
domiciliat(ă) în Caransebeș str. _____ nr. _____
bl. ___ ap. __, județul Caraș-Severin, telefon _____, posesorul buletinului de
identitate seria _____ nr. _____, CNP _____, eliberat la data
de _____, de către _____, prin prezenta solicit
să fiu angajat ca asistent personal pentru persoana cu handicap grav
_____, cu domiciliul în
Caransebeș, str. _____, nr. _____, bl. _____, 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 din cadrul Consiliului Local al Municipiului Caransebeș, în termen de 48
ore, orice modificare de natură să influențeze realizarea obligațiilor față de persoana
asistată.

- ✓ 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
