

Domnule Director,

Subsemnatul(a) _____ cu domiciliul în Constanța, strada _____ nr._____, bl. _____, sc _____, et____, ap.____, posesor al certificatului de handicap nr._____, din _____ eliberat de către _____, optez pentru primirea unei indemnizații echivalente cu salariul net al asistentului social debutant cu studii medii din unitățile de asistență socială din sectorul bugetar, altele decât cele cu paturi, conform Legii nr.448/2006 republicată, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap și HG nr. 268/2007 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor acesteia,

Cunoscând dispozițiile art.326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, mă oblig a anunța în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reședință, starea materială și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor (art.59, lit.(h) din Legea nr.448/2006).

Declar că am fost informat/ă că datele cu caracter personal sunt 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 DGAS Constanta cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal, și libera circulație a acestor date.

Data :

Nr. Telefon _____

Semnătura
