

Domnule Primar,

Subsemnatul(a) _____ cu domiciliul în
Constanța, strada _____ nr. _____, bl. _____, sc _____,
et _____, ap. _____, în calitate de _____ al bolnavului
_____, 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.60, lit.(f) 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 :

Semnătura

Nr. Telefon _____
