

Nr. _____

**Către,
Direcția de Asistență Socială**

Subsemnatul/a _____ domiciliat/ă în municipiul
Reșița, Pța./bld./ale./str. _____
nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, în calitate de reprezentant legal/persoană de
contact al bolnavului/ei _____, prin prezenta vă rog sa-mi încetați
indemnizația lunară, din următorul motiv:

Anexez, după caz, următoarele copii:

- certificatul de încadrare în grad de handicap;
- certificatul de deces.
- Copia C.I./B.I (reprezentant legal/persoană de contact).

**„Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate în
conformitate cu Regulamentul (UE) NR. 679/2016”.**

Data: _____

Semnătura: _____

NR. _____

DECLARAȚIE,

Subsemnatul/a _____, domiciliat/ă în Mun. Reșița, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____ posesor/posesoare a/al actului de identitate _____, seria _____, nr. _____, în calitate de soț/soție, fiu/fiică, relația de rudenie _____, alte persoane _____, al minorului/persoanei încadrat/e în gradul de handicap grav cu asistent personal declar pe propria răspundere că sunt de acord ca datele cu caracter personal menționate în cerere să fie utilizate conform Regulamentului (UE) 2016/679 (privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date), în scopul întocmirii actelor pentru acordarea beneficiilor și serviciilor sociale la Direcția de Asistență Socială Reșița.

Data: _____

Semnătura: _____