



Nr. _____ / _____

Către
Direcția de Asistență Socială
- Compartimentul Protecția Persoanelor cu Dizabilități și Monitorizare Asistenți Personali -

Subsemnatul/a _____ domiciliat/ă în
municipiul Reșița, Pța./bld./ale./str. _____
nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, număr de telefon _____,
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 și sunt de acord ca informațiile din prezenta cerere să fie utilizate și prelucrate în conformitate cu Regulamentul (UE) Nr.679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date”.

Data: _____

Semnătura: _____

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Adresa: Piața Republicii Nr.44, Telefon: 0355/080242, E-mail: asistenta.sociala@primariesita.ro

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ este operator de date cu caracter personal-cod 19448

E-mail: protectiadatelor@primariesita.ro