

Domnule Primar,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în Orăștie str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, posesor al BI/CI seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de Poliția \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_ reprezentant legal / curator / tutore conform actului nr. \_\_\_\_\_, al domnului (ei) \_\_\_\_\_, bolnav(ă) cu handicap grav conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr. \_\_\_\_\_, în conformitate cu prevederile Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare, vă rog să-mi aprobați obținerea indemnizației lunare pentru persoana cu handicap grav.

Data

Semnătura

Datele dumneavoastră personale sunt prelucrate de Primăria Municipiului Orăștie, potrivit Regulamentului 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (GDPR) în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale de protecție și asistență socială. Datele pot fi dezvăluite unor terți în baza unui temei legal justificat. Vă puteți exercita dreptul de acces, intervenție și de opoziție în condițiile Regulamentului 679/2016, printr-o cerere scrisă, semnată și datată, depusă la sediul instituției.