

Către,

Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Harghita

Subsemnatul(a) _____, cu domiciliul/reședința în _____, sat/str. _____, nr./bl. _____, ap. _____, sc. _____, et. _____, având calitate de :

1. Adult cu handicap grav /reprezentantul legal al acestuia _____

Conform certificatului nr. _____, eliberat de către

COMISIA DE EVALUARE A PERSOANELOR ADULTE CU HANDICAP

2. Părinte (reprezentant legal) al copilului cu handicap grav _____

Conform certificatului nr. _____, eliberat de către

COMISIA PENTRU PROTECȚIA COPILULUI

Ținând cont de prevederile **Legii Nr. 448/2006**, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare, **optez pentru:**

○ **ASISTENT PERSONAL** în persoana d-lui(d-nei)

_____, gradul de rudenie _____,

domiciliat(ă) în _____, sat/str. _____

bl./nr. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, legitimate(ă) cu B.I./C.I. seria _____, nr. _____,

eliberat de către _____, la data de _____

○ **INDEMNIZAȚIE LUNARĂ DE ÎNSOȚITOR**

Prin prezenta declar că sunt de acord ca datele cu caracter personal să fie prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere depusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate conform prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data

Semnătura solicitantului
