NR. DIN.

DOMNULE PRIMAR

Subsemnatul/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat/a in Comuna Ungureni, Sat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,nr. \_\_\_\_\_, bl.\_\_\_\_, ap.\_\_\_\_\_, rog a efectua o ancheta sociala pentru persoana (cu handicap)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliata la adresa din str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl.\_\_\_\_, ap.\_\_\_\_\_, fiindu-mi necesara la:

* Comisia de Evaluare Medicala a Persoanelor Adulte cu Handicap
* Comisia de Evaluare Medicala a Persoanelor cu Handicap Copii
* Comisia de expertiza medicala a capacitatii de munca
* Institutionalizarea intr-un centru de stat/privat
* Comisia de Orientare Scolara si Profesionala

Data Semnatura

Subsemnatul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prin prezenta declar ca am fost informat/a asupra faptului ca datele cu caracter personal sunt prelucrate in scopul si pentru indeplinirea atributiilor legale ale institutiei.

Deasemenea, am luat la cunostinta faptul ca informatiile din cererea depusa si din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate de catre Compartimentul de Asistenta Sociala Ungureni cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu character personal si libera circulatie a acestor date si de abrogare a directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protectia datelor).

Data Semnatura