

ANEXA 3

DOMNULE DIRECTOR,

SUBSEM NATUL/A.....

DOMICILIAT/Ă ÎN....., ÎN CALITATE

DE (grad de rudenie) A/AL BENEFICIAREI/ULUI (nume si prenume

persoană cu handicap), PERSOANĂ CU HANDICAP

GRAV CONFORM CERTIFICATULUI DE ÎNCADRARE ÎN GRAD DE HANDICAP

NR..... /DATA....., VĂ ROG SĂ APROBAȚI SCHIMBAREA

OPȚIUNII DE LA ASISTENT PERSONAL LA INDEMNIZAȚIE DE ÎNSOȚITOR.

MENȚIONEZ CĂ PERSOANA CU HANDICAP ESTE ÎNGRIJITĂ DE

.....

Menționez că sunt de acord cu prelucrarea și furnizarea datelor cu caracter personal, conform Regulamentului (UE) 679/2016 în scopul acordării/sistării beneficiilor de asistență socială și a Serviciilor Sociale corespunzător nevoilor identificate, la nivel instituțional.

DATA

SEM NATURA

Confidențial, date cu caracter personal prelucrat în conformitate cu dispozițiile Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.