

ANEXA 1 - ADULT

DOMNUL/DIRECTOR,

SUBSEMENATUL/A..... DOMICILIAT/Ă
ÎN....., 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 VOI FI ÎNGRIJIT/Ă 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

SEMNATURA