

D.P.P.D.A.P.V. VRANCEA

NR. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnat(a/ul) \_\_\_\_\_

din localitatea \_\_\_\_\_ , beneficiar(a) a certificatului de  
incadrare intr-un grad de handicap, cu numarul \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_,  
cu gradul \_\_\_\_\_ si cu valabilitate \_\_\_\_\_ va rog sa fiti  
de acord cu eliberarea unui **PROGRAM individual de abilitare - reabilitare si  
integrare sociala** , necesar la Casa de Pensii Vrancea, pentru obtinerea  
unui bilet de tratament, intr-o *statiune specifica afectiunii care a  
determinat incadrarea in grad de handicap.*

Mentionez ca sunt de acord cu prelucrarea si furnizarea datelor cu caracter personal, conform Regulamentului (UE) nr.679/2016 in scopul acordarii/sistarii Serviciilor Sociale corespunzator nevoilor identificate, la nivel institutional.

*Data*

*Semnatura,*

Mentionez ca sunt de acord cu prelucrarea si furnizarea datelor cu caracter personal, conform Regulamentului (UE) nr.679/2016 in scopul acordarii/sistarii Serviciilor Sociale corespunzator nevoilor identificate, la nivel institutional.