

R O M Â N I A
PRIMARIA COMUNEI
JUDEȚUL
COMPARTIMENT ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Nr. din data de 2021

Către,

PRIMARIA COMUNEI

Subsemnatul(a) _____

domiciliat(ă) în sat _____, comuna _____, județul _____ angajat(ă)
în funcția de asistent personal al persoanei cu handicap grav
.....

Prin prezenta solicit eliberarea unei adeverințe

.....
.....
.....

Tel. de contact _____

Declar pe propria răspundere că sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal, conform, Regulamentului nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (cu modificările și completările ulterioare), pe care le furnizez prin prezenta cerere și documentele anexate.

Data,

Semnatura,