

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), _____, cu domiciliul în _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, jud. _____ / reședința în _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, jud. _____, posesor / posesoare al/a B.I. / C.I. seria _____, nr. _____, emisă de _____, la data de _____, având CNP _____, persoană cu handicap, conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr. _____ și valabilitate _____, declar pe propria răspundere următoarele:

1. Nu sunt pensionar de invaliditate gradul I
2. Sunt pensionar de invaliditate gr II / Sunt pensionar de invaliditate gr. III
3. Sunt pensionar limită de vârstă
4. Sunt pensionar de urmaș
5. Sunt salariat
6. Sunt elev/student
7. Șomer
8. Fără venit

Am luat la cunoștință și mă oblig să înștiințez direcția de asistență socială de primirea deciziei asupra capacității de muncă de la cabinetul de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă.

În situația în care voi primi decizia asupra capacității de muncă gradul I de invaliditate, voi informa direcția de asistență socială.

Prin prezenta sunteți informat că datele cu caracter personal sunt prelucrate în scopul și îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta și din actele atașate la acestea, vor fi prelucrate de Primăria Techirghiol cu respectarea prevederilor regulamentului (UE) 2016/676 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Data,

Semnătura