

Domnule Primar,

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 _____,

vă rog să aprobați **plata indemnizației de persoană cu handicap** pentru _____, încadrat în grad de handicap "Grav-cu asistent personal", conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr. _____ și valabilitate _____.

Nr. telefon: _____

Prin prezenta cerere 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 cerere 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,

Semnatura,

Domnului Primar al orașului Techirghiol.