

Nr. /

CERERE

pentru eliberarea programului individual de reabilitare și integrare socială

Către Conducerea Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Maramureș

SUBSEMNATUL(A) domiciliat(ă) în

Str..... nr., bl...., sc...., et...., ap., județul, telefonul

actul de identitateseria nr. CNP, în calitate de:

persoană cu handicap

aparținător al persoanei cu handicap....., domiciliat(ă) în

Str. nr., bl...., sc...., et...., ap....., județul, telefonul

act de identitate seria nr. CNP

declarând pe proprie răspundere faptul că persoana se află la data prezentei la adresa de domiciliu;

Solicit

eliberarea Programului Individual de Reabilitare și Integrare Socială și vă prezint următoarele documente:

- actul de identitate al persoanei cu handicap (copie transmisă prin email la sec_adulti_mm@dgaspcmm.ro);

- referat medical de la medicul specialist în original cu precizarea recomandărilor, după caz (de ex. tratament / stațiune/ proceduri terapeutice/ frecventare centre/ servicii socio-medicale);

1. Colectare și prelucrare date cu caracter personal în conformitate cu prevederile Regulamentului 679 din 27 aprilie 2016.

2. Prelucrare date conform Art. 6 din Regulamentul 679 din 27 aprilie 2016

3. Datele completate în acest formular sunt confidențiale și nu vor fi divulgate unei terțe parti, decât în limitele legii.

4. Sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către D.G.A.S.P.C. Maramureș, în conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 679 / 27.04.2016 privind protecția datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data

Semnătura.....