

**SERVICIUL DE EVALUARE COMPLEXĂ A PERSOANELOR ADULTE CU HANDICAP**

Nr. \_\_\_\_\_

APROBAT

Director General  
Silviu Nicolae Ungur

**CERERE**

Către,

DGASPC Maramureș,

Subsemnatul \_\_\_\_\_, identificat cu CNP \_\_\_\_\_ și act  
de identitate Seria \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_, cu domiciliul în localitatea \_\_\_\_\_,  
Strada \_\_\_\_\_ Numărul \_\_\_\_\_:

vă rog să eliberați din dosarul medical numărul \_\_\_\_\_ următoarele acte:

---

---

---

---

acestea fiindu-mi necesare pentru \_\_\_\_\_.

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.

Baia Mare

Semnătura,

Data \_\_\_\_\_

Soluționat \_\_\_\_\_