

Nr. _____ / _____

**Către,
DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI
PROTECȚIA COPILULUI MARAMUREȘ**

Subsemnatul (a) _____ domiciliat (ă) în localitatea
_____ str. _____ nr _____, persoană cu
handicap **GRAV cu asistent personal** conform certificatului de încadrare în
grad de handicap nr. _____ din data de _____ vă rog a-mi aproba:

- angajarea unui asistent personal**
- acordarea indemnizației de însoțitor**

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

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

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 _____
