

# DECLARATIE

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_

domiciliat (a) in \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_, nr.

\_\_\_\_\_, jud. \_\_\_\_\_, identificat cu B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_,

nr. \_\_\_\_\_ **DECLAR PE PROPRIE RASPUNDERE ca sunt INSOTITOR** al

minorului / adultului \_\_\_\_\_, persoana cu

handicap conform certificatului nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_ emis de Comisia

pentru Protectia Copilului MARAMURES / Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte

cu Handicap MARAMURES.

Colectare si prelucrare date cu caracter personal in conformitate cu prevederile Regulamentului 679 din 27 aprilie 2016.

Datele completate in acest formular sunt confidentiale si nu vor fi divulgate unei terte parti, decat in limitele legii.

Sunt de acord cu prelucarea datelor mele personale de catre D.G.A.S.P.C. Maramures, in conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 679 / 27.04.2016 privind protectia datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date.

Data \_\_\_\_\_

Semnatura \_\_\_\_\_