

DOMNULE PRIMAR

Subsemnatul(a).....domiciliat (a)
in Comuna Teliucu Inferior, satstr.
.....nr.....bl.....sc.....ap.....telefon
posesor al. BI/CI seria, nr. eliberat de
SPCLEP..... la data de, persoana
incadrata in gradul grav de handicap conform certificatului nr.
.....eliberat de Comisia
..... va rog sa-mi aprobat plata
indemnizatiei conform art. 42, alin. 4 din Legea nr. 448/2006, republicata

Anexez:

- adresa DGASPC Hunedoara – Deva;-
- copie BI/CI persoană cu handicap grav sau, după caz, certificatul de naștere al minorului cu handicap grav;
- după caz, copie BI/CI părinte sau reprezentant legal, tutore sau curator, al persoanei adulte cu handicap;
- decizia de pensionare a bolnavului (dacă este cazul);
- dispoziția de curatelă sau tutelă(dacă este cazul)
- ancheta socială.

Ma oblig ca in termen de 48 de ore sa anunt la Primaria comunei Teliucu Inferior despre interventia oricarei modificari (neacordarea gradului de handicap grav, schimbarea domiciliului, deces) care conduce la sistarea acordarii indemnizatiei.

Declar prin prezenta că sunt de acord cu utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către Primăria comunei Teliucu Inferior.

Am fost informat că datele cu caracter personal sunt prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.

Am luat la cunostință că informațiile din cererea depusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate de către Primăria comunei Teliucu Inferior cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Dacă datele cu caracter personal furnizate sunt incorecte sau vor suferi modificări (schimbare domiciliu, statut civil, etc.) mă oblig să informez în scris primaria despre modificările survenite.

DATA

SEMNATURA

Domnului Primar al Comunei Teliucu Inferior