

Rezoluție Director executiv,
S.A.P.D.

Către,
D.A.S. SIBIU

Subsemnatul/a domiciliat/ă în mun.
Sibiu, str., telefon:
..... în calitate de a/al persoanei cu handicap
grav....., cu ultimul domiciliu în mun. Sibiu, str.
....., beneficiară de indemnizație lunară acordată conform
Legii nr.448/2006, republicată, prin prezenta vă aduc la cunoștință decesul acesteia / acestuia , survenit
la data de

Data,

Semnătura,

Anexez: - copie certificat deces persoana cu handicap grav

**DECLARAȚIE DE CONȘIȚĂMÂNT
PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL**

Subsemnatul/a, prin prezenta declar că am fost informat(ă) și
consimt ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției,
respectiv: acordarea de beneficii și servicii sociale conform legii, statistică, cercetare, acordarea de servicii și beneficii de
către ONG-uri, includerea în proiecte sociale ale ONG-urilor, asociațiilor/fundațiilor/instituțiilor acreditate în acest sens.

Am luat la cunoștință că informațiile din cererea depusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate de Direcția
de Asistență Socială Sibiu cu respectarea prevederilor Regulamentului nr.679 din 27 aprilie 2016 privind protecția
persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de
abrogare a Directivei 95/46/CE. De asemenea, am fost informat că îmi pot exercita dreptul la acces, intervenție și de opoziție
printr-o cerere scrisă, semnată și datată, depusă la sediul instituției.

Data

Semnătura

