

Rezoluție Director executiv,
S.A.P.D.,

CĂTRE,
D.A.S. SIBIU

Subsemnatul/a
domiciliat/ă în Sibiu, str.
solicit efectuarea unei anchete sociale necesare la Comisia de Evaluare a Persoanelor cu Handicap
pentru Adulți Sibiu.

Telefon:.....

Data

Semnătura

Anexez:

B.I./C.I. solicitant (în format electronic - scanat)

Certificat de încadrare în grad de handicap anterior + anexa (în format electronic - scanat)

Act medical (referat medical, scrisoare medicală, bilet ieșire spital, etc.) (în format electronic - scanat)

Cupon pensie, adeverință salariat (după caz) (în format electronic - scanat)

**DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT
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

Rezoluție Director executiv,

Serviciul de asistență pentru persoane cu dizabilități,

CĂTRE,
D.A.S. SIBIU

Subsemnatul/a, domiciliat/ă în
mun. Sibiu, str....., în calitate de reprezentant
legal/apartinător al doamnei/domnului
cu domiciliul în solicit efectuarea unei
anchete sociale necesare la Comisia de Evaluare a Persoanelor cu Handicap pentru Adulți Sibiu.

Telefon:.....; adresa e-mail: **Da/Nu**

Data

Semnătura

Anexez:

B.I./C.I. solicitant (în format electronic - scanat)
Certificat de încadrare în grad de handicap anterior cu anexa (în format electronic - scanat)
Act medical (referat medical sau scrisoare medicală sau bilet ieșire spital, etc.)
(în format electronic - scanat)
Cupon pensie, adeverință salariat (după caz) (în format electronic - scanat)

DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT

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