

Către,  
D.A.S. SIBIU

Subsemnatul/a ..... domiciliat/ă în mun.  
Sibiu, str. ...., telefon: .....,  
în calitate de soț/soție, fiu/fiică, părinte a / al persoanei cu handicap grav  
....., decedat la data de ..... cu ultimul  
domiciliu în Sibiu, str....., beneficiară de  
indemnizație lunară acordată conform Legii nr.448/2006, republicată, prin prezenta solicit  
eliberarea unei adeverințe necesare la oficiul poștal nr..... pentru ridicarea indemnizației restante  
pe luna..... / lunile.....

Anexez, în copie:

- C.I. / B.I. solicitant + C.I./B.I. frați/surori (după caz, dacă solicitantul este frate/soră)
- Declarație frați/surori că sunt de acord ca solicitantul să primească indemnizația restantă;
- Certificat deces
- Acte doveditoare ale rudeniei: soț/soție (certificat căsătorie), fiu/fiică (certificat naștere), părinte (mama/tatăl).

Data,

Semnătura,

**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