

Către,

Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Harghita

Subsemnatul(a) _____, domiciliat(ă) în _____,

str. _____, nr. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, având calitate de :

1. Adult cu handicap grav /reprezentantul legal al acestuia _____

Conform certificatului nr. _____, eliberat de _____

2. Părinte (reprezentant legal) al copilului cu handicap grav _____

Conform certificatului nr. _____, eliberat de _____

Ținând cont de prevederile *Legii Nr. 448/2006, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare*, Optez pentru:

○ **ASISTENT PERSONAL** în persoana d-lui(d-nei)

_____, gradul de rudenie _____,

domiciliat(ă) în _____, str. _____

nr. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, legitimate(ă) cu B.I./C.I. seria _____, nr. _____,

eliberat de către _____, la data de _____

○ **INDEMNIZAȚIE LUNARĂ DE ÎNSOȚITOR**

Data

Semnătura solicitantului

Subsemnatul(a) _____, prin prezenta declar că sunt de acord ca datele cu caracter personal să fie prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere depusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate conform prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data

Semnătura solicitantului