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 _____

Conformcertificatuluinr. _____, 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 decătre _____, la data de_____

- **INDEMNIZAȚIE LUNARĂ DE ÎNSOȚITOR**

Data

_____

Semnăturasolicitantului

_____

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 cunoștințăcăinformațiile din prezentacereredepusăși din acteleanexate la aceasta,vor fi prelucrate conform prevederilorRegulamentului (UE) 2016/679 privindprotecțiapersoanelorfizice înceeaceprivește prelucrareadatelor cu caracter personal șiprivindliberacirculație a acestor date.

Data

_____

Semnătura solicitantului

_____