**Durata medie de completare a formularului : 3 minute**

***DOMNULE DIRECTOR***

 Subsemnata/ul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu domiciliul în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de persoană cu handicap / reprezentant legal al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CNP, cu domiciliul în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vă solicit transferul dosarului administrativ și medical la DGASPC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***Sunt de acord cu prelucrarea şi furnizarea datelor cu caracter personal, conform Regulamentului (UE) 679/2016 în scopul acordării/sistării beneficiilor de asistenţă socială şi a serviciilor Sociale corespunzător nevoilor identificate, la nivel instituţiuonal.***

***Am luat cunoștință că refuzul de a oferi datele personale, necesare pentru accesarea serviciilor sociale sau acordarea drepturilor prevăzute în Legea nr.448/2006, determină imposibilitatea acordării acestora, conform obligațiilor legale care îi revin operatorului( DGASPC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)***

***Declar că sunt de acord ca datele mele cu caracter personal, să fie stocate, prelucrate și utilizate de către DGASPC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în condițiile legii.***

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEMNĂTURA

La solicitare se prezintă următoarele documente în original:

* cartea de identitate/ buletin de identitate cu actualul domiciliu sau reședință

Confidențial, date cu caracter personal prelucrate în conformitate cu Regulamentul (UE) 2016//679 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date