

Nr..... /.....

CĂTRE,

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ALBA IULIA

Subsemnatul(a) _____ C.N.P. _____
domiciliat(ă) în _____ str. _____ nr. _____
bl. _____ ap. _____ posesor al BI/CI seria _____ nr. _____, în calitate de persoană cu
handicap - curator/reprezentant legal al persoanei cu handicap grav
_____ solicit prin prezenta eliberarea unei
adeverințe din care să rezulte cuantumul indemnizației pentru a-mi servi
la _____

Sunt de acord ca cele declarate în cerere/ ancheta socială să fie verificate la instituțiile competente.
Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului
European nr.679/2016 privind protecția datelor cu caracter personal.

Alba Iulia,

Semnătura,

COMPARTIMENT PROTECȚIA PERSOANELOR CU HANDICAP
Serviciul Beneficii Sociale și Evaluare Primară
Consiliul Local, Direcția de Asistență Socială, Bld. Republicii, nr.26, Alba Iulia, Județul Alba, 510174
Tel: +40 (0) 258 810 325, E-mail: social@apulm.ro,
Internet: www.apulum.ro, www.directiadeasistentasocialaalbaiulia.ro.
Facebook: [www.facebook.com/Directia de Asistenta Sociala Alba Iulia](https://www.facebook.com/Directia-de-Asistenta-Sociala-Alba-Iulia)
Date cu caracter personal prelucrate cu respectarea principiilor din Regulamentul UE 2016/679