

Către,

Nr.intrare _____ / _____

AGENȚIA JUDEȚEANĂ PENTRU PLĂȚI ȘI INSPECȚIE SOCIALĂ HUNEDOARA

C E R E R E

ACORDARE RESTANȚE PRESTAȚII SOCIALE PENTRU PERSOANE CU HANDICAP

Subsemnatul/a _____ CNP _____ domiciliat/a in

_____ Str. _____ bl. _____,sc. _____,ap. _____ judet _____

Solicit **restanțele** aferente prestațiilor sociale pentru persoana cu handicap pentru perioada:

LUNA _____

Anexez:

- Foto copie C.I. titular/reprezentant legal
- Certificat de nastere copil

D a t a _____

S e m n a t u r a _____

T E L E F O N : _____

Declar că sunt de acord și îmi exprim consimțământul în mod expres, neechivoc, liber și informat cu privire la prelucrarea datelor mele cu caracter personal, conform prevederilor Regulamentului (UE) 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestora, pentru a fi colectate, folosite și prelucrate (nume, prenume, C.N.P., adresa poștală, adresa de e-mail, număr de telefon, copie carte de identitate, componența familiei, extras de cont bancar etc.) de către A.J.P.I.S. Hunedoara în vederea îndeplinirii atribuțiilor legale ale acestei instituții. Am luat cunoștință de drepturile pe care le am o dată cu prelucrarea, colectarea și folosirea datelor cu caracter personal conform informării comunicate de către operator.