

COMUNA DRAGU

-compartimentul de asistenta sociala-  
NR...../.....

Către ,

Compartimentul de Asistenta Sociala Dragu

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_ C.N.P. \_\_\_\_\_  
posesor(oare) a C.I./B.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ eliberat de  
\_\_\_\_\_ cu domiciliul în | \_\_\_\_\_ str/sat. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
bl \_\_\_\_\_ sc \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ în calitate: \_\_\_\_\_

- persoană bolnavă
- membru din cadrul familiei
- reprezentant legal
- reprezentant al O.N.G \_\_\_\_\_
- alte persoane

solicit efectuarea unei anchete sociale în vederea completării dosarului pentru, **încadrarea în grad de handicap.**

Pentru:\*

D-I/na \_\_\_\_\_ C.N.P. \_\_\_\_\_  
cu domiciliul /domiciliul in \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_  
nr \_\_\_\_\_ bl \_\_\_\_\_ sc \_\_\_\_\_ ap \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ posesor (oare) a C.I./B.I. seria  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ eliberat de \_\_\_\_\_ .

Anexez la prezenta cerere următoarele acte doveditoare (xerox):

1.  C.I./B.I. persoană bolnavă;
2.  C.I./B.I. solicitant;
3.  Certificat de încadrare în grad de handicap anterior
4.  Cupon Pensie/Adeverinta Venit

Data \_\_\_\_\_

Semnatura \_\_\_\_\_

\*Se va completa dacă persoana bolnavă este alta decât cea solicitantă

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