

**Domnule Director,**

**Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ cu domiciliul în Constanța, strada \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc \_\_\_\_\_, et \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, posesor al certificatului de handicap nr. \_\_\_\_\_, din \_\_\_\_\_ eliberat de către \_\_\_\_\_, optez pentru primirea unei indemnizații echivalente cu salariul net al asistentului social debutant cu studii medii din unitățile de asistență socială din sectorul bugetar, altele decât cele cu paturi, conform Legii nr.448/2006 republicată, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap și HG nr. 268/2007 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor acesteia,**

**Cunoscând prevederile Codului Penal privind declarațiile nesincere, mă oblig a anunța în termen de 10 zile orice modificare survenită în starea fizică, psihică, socială, a domiciliului sau a reședinței, persoanei cu handicap grav, precum și eventuala încadrare într-un alt grad de handicap.**

**Declar că am fost informat/ă că datele cu caracter personal sunt prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.**

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

**Data :**

**TEL : \_\_\_\_\_**

**Semnătura**

\_\_\_\_\_