

**Domnule Director,**

**Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ cu domiciliul în  
Constanța, strada \_\_\_\_\_ nr.\_\_\_\_\_,bl. \_\_\_\_\_, sc \_\_\_\_\_,  
et\_\_\_\_, ap.\_\_\_\_, în calitate de \_\_\_\_\_al bolnavului  
\_\_\_\_\_, 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 :**

**Semnătura**

\_\_\_\_\_