

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul/Subsemnata, _____ având
CNP _____ în calitate de _____ al/a persoanei
handicap _____ având CNP _____ domiciliat(ă)
în localitatea _____, str. _____,
nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, județul _____,

SOLICIT

TELEFON _____

Prin semnarea prezentei, am luat cunoștință că cele declarate sunt corecte și complete, iar declararea necorespunzătoare a adevărului se pedepsește conf. Art.326 Noul Cod Penal privind infracțiunea de fals în declarații.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data

Semnătura

Domnului Director Executiv al Agenției Județene pentru Plăți și Inspecție Socială Galați