

ACORD

Subsemnatul(a) _____
C.N.P. _____ posesor(oare) a C.I./B.I. seria _____
nr. _____ eliberat de _____ cu domiciliul în
Busteni, str. _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____ ap. _____
tel. _____ în calitate de reprezentant legal al
_____ persoana cu handicap, conform
Certificatului de încadrare în grad de handicap nr. _____ / _____
declar ca sunt de acord cu angajarea d-nei/d-lui _____
cu domiciliul în loc. _____, str. _____, nr. _____,
bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, în funcția de asistent personal, pentru a-i acorda
îngrijirea necesară _____.

Data _____

Semnatura _____

" În conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date, U.A.T Oras Busteni, în calitate de operator de date, prelucrează datele personale cu respectarea cerințelor legale și în condiții care să asigure confidențialitatea, securitatea și respectarea drepturilor persoanelor vizate. "