

Către

DOMNUL PRIMAR

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:

- 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-/na \_\_\_\_\_ C.N.P. \_\_\_\_\_  
cu domiciliul / reședința în orasul Busteni 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.  Referat medical de la medicul specialist, în care se face trimitere către Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap;
4.  Scrisoare medicală – eliberată de medicul de familie.
5.  Venituri(adcverinte, cupoane)

Data \_\_\_\_\_

Semnatura \_\_\_\_\_

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

" In conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr.679/2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date, U.A.T Oras Busteni, in calitate de operator de date, prelucreaza datele personale cu respectarea corintelor legale si in conditii care sa asigure confidentialitatea, securitatea si respectarea drepturilor persoanelor vizate."