

DOMNULE 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. _____ va rog sa-mi aprobat **incetarea contractului de
munca din functia de asistent personal al _____** incadrat
in categoria persoanelor cu handicap GRAV.

Data _____

Semnatura _____

☐ '' 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 cerintelor legale si in conditii care sa asigure confidentialitatea, securitatea si respectarea drepturilor persoanelor vizate. ''