

DOMNULE PRIMAR,

Subsemnatul(a) domiciliat(ă) în
localitatea str., nr. bloc scara ap.....
județul posesor al B.I./ C.I. seria..... nr. eliberat la data
de către bolnav cu handicap grav, solicit acordarea indemnizației
cuenite în baza certificatului (deciziei, hotărârii) nr. din data emis
de

Menționez că locuiesc la adresa:

Nr. Tel:

Nr. Tel:

DATA:

SEMNĂTURA:

.....

DOMNULUI PRIMAR AL MUNICIPIULUI GALAȚI

„Direcția de Asistență Socială a Municipiului Galați prelucrează datele cu caracter personal pe care le colectează respectând pe deplin drepturile persoanelor în cauză, în conformitate cu Regulamentul (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul General privind protecția datelor)”