

Către,

**Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Harghita**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_,  
str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, având calitate de :

1. Adult cu handicap grav /reprezentantul legal al acestuia \_\_\_\_\_

Conform certificatului nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_

2. Părinte (reprezentant legal) al copilului cu handicap grav \_\_\_\_\_

Conform certificatului nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_

Ținând cont de prevederile *Legii Nr. 448/2006, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare*, optez pentru:

○ **ASISTENT PERSONAL** în persoana d-lui(d-nei)

\_\_\_\_\_, gradul de rudenie \_\_\_\_\_,  
domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, legitimate(ă) cu B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_,  
eliberat decătre \_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_

○ **INDEMNIZAȚIE LUNARĂ DE ÎNSOȚITOR**

Data

Semnătura solicitantului

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, prin prezenta declar că sunt de acord ca datele cu caracter personal să fie prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezentarea redusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate conform prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind liberă circulație a acestor date.

Data

Semnătura solicitantului