

DOAMNA DIRECTOR GENERAL

Subsemnatul(a)..... cu domiciliul in
str. nr. bl. apt. judet,
telefon posesor al actului de identitate seria. nr.
eliberat de la data de CNP. in calitate
de*..... al copilului. nascut la data
de. in localitatea judetul

CNP.incadrat intr-o categorie de persoane cu handicap

gradulconform certificatului nr./. eliberat de Comisia
pentru Protectia Copilului Braila, va rog sa-mi aprobati acordarea urmatoarelor drepturi
prevazute de Legea nr.448/ 2006 republicata privind protectia si promovarea drepturilor
persoanelor cu handicap , cu completarile si modificarile ulterioare
-prestatii sociale
-gratuitatea transportului urban _____

**Declar pe propria raspundere ca cele completate mai sus corespund realitatii si ca in termen de 15 zile voi
aduce la cunostinta Directiei Generale de Asistenta Sociala si Protectia Copilului Braila orice modificare
intervenita care sa determine incetarea conditiilor de acordare a prestatiilor sociale lunare.**

Am luat la cunostinta ca informatiile din cererea depusa si din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate de
DGASPC Braila cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 privind protectia persoanelor fizice
in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date.

Semnatura.

Data.

DOAMNEI DIRECTOR GENERAL AL D.G.A.S.P.C.BRAILA

*)se mentioneaza calitatea persoanei, parinte, reprezentant legal