



Serviciul de evidență prestații sociale pentru persoane cu handicap

DECLARAȚIE

Subsemnatul/a domiciliat(a) în localitatea
, str. nr. bl. sc.
 ap. județul Braila, legitimat(a) cu BI/CI seria nr. eliberat(a) de Poliția

la data de CNP telefon

incadrat(a) într-o categorie de persoane cu handicap gradul conform certificatului/deciziei

nr. din data emis de

Cunoscând prevederile art.292 din Codul Penal privitoare la declarațiile nesincere, declar următoarele:

DA/NU sunt încadrat(a) în munca (la)

DA/NU sunt pensionar(a) (se va declara fiecare pensie primită)

DA/NU am alte venituri (cu caracter permanent) (se va declara fiecare venit)

DA/NU sunt asistat(a) în cadrul centrului rezidențial

Dau prezenta declarație spre a-mi servi la Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Braila în vederea acordării drepturilor prevăzute de Legea nr.448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, cu modificările și completările ulterioare.

Ma oblig ca în termen de 48 de ore să aduc în scris la cunoștința Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Braila orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reședință, starea materială, precum și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege .

Declar ca am fost informat ca datele cu caracter personal sunt prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.

Am luat la cunoștință ca informațiile din cererea depusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate de DGASPC Braila cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Data Semnatura.

Reprezentat(a) de către domnul/doamna , CNP în

calitate de în buza nr. / emis de

domiciliat(a) în telefon

posesor al BI/CI seria nr. eliberat de către

Data Semnatura