

**Către,**

**PRIMĂRIA COMUNEI SLIMNIC  
COMPARTIMENT ASISTENȚĂ SOCIALĂ**

Subsemnatul/Subsemnata \_\_\_\_\_, cu domiciliul/reședința în \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, județul Sibiu, posesor al BI/CI seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, număr telefon \_\_\_\_\_, persoană cu handicap grav conform Certificatului de încadrare în grad handicap grav nr. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_, în conformitate cu prevederile Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare, vă rog să-mi aprobați obținerea indemnizației lunare pentru persoană cu handicap grav.

Anexez prezentei următoarele:

- Certificat de încadrare în grad de handicap, în copie;
- Carte/Buletin de identitate, în copie;
- Cupon de pensie, în copie, după caz.

**Data:**

**Semnătură:**

*Prin prezenta declar că am fost informat că datele cu caracter personal sunt prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.*

*Am luat la cunoștință că informațiile din cererea depusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate de PRIMĂRIA SLIMNIC 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.*