**Durata medie de completare a formularului : 7 minute**

**CERERE**

Către D.G.A.S.P.C. Vrancea

În atenția Dlui/Dnei Director

Subsemnatul/a

Numele .............................................................................................................................

Prenumele.........................................................................................................................

Cod numeric personal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Act de identitate doveditor( copie atașată) |\_|\_|\_|\_|seria**|\_|\_|\_|nr.** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Eliberat de……………………………………………la data de……………………….

Domiciliul/Date de contact:

Str. ...................................................................................................................................

Nr. ................................... Bl....................... Sc.....................Apart.................................

Localitatea........................................................................................................................ Județul ......................................Telefon........................................................................

|\_| În nume propriu

|\_| În numele persoanei îndreptățite

Depun prezenta cerere

Pentru: ((se completează doar în cazul în care solicitantul nu este persoana îndreptățită)

Numele .................................................................................

Prenumele..............................................................................

Cod numeric personal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Act de identitate doveditor( copie atașată) |\_|\_|\_|\_|seria**|\_|\_|\_|nr.** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Eliberat de……………………………………………la data de………………………..

Domiciliul/Date de contact:

Str. ...................................................................................................................................

Nr. ................................... Bl....................... Sc.....................Apart..............................

Localitatea...................................................................................................................... Județul ......................................Telefon........................................................................

Încadrat/ă în grad de handicap conform certificatului nr. ............................................

La data de ..............................

În vederea renunțării la acordarea prestațiilor sociale prevăzute de Legea nr.448/2006, republicată cu modificările și completările ulterioare

Data ............................................

Numele solicitantului...............................................................................................

Semnătura...............................................................................

Confidențial, date cu caracter personal prelucrate în conformitate cu Regulamentul (UE) 2016//679 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date.