



**CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI TÂRGU MUREȘ**  
**DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ TÂRGU MUREȘ**  
ROMÂNIA – 540015, Târgu Mureș, Str. Gheorghe Doja, Nr. 9  
Tel. 0365-430859, Fax. 0365-882023; e-mail: [registratura.das@tirgumures.ro](mailto:registratura.das@tirgumures.ro)

---

**Către,**  
**Direcția de Asistență Socială Târgu Mureș**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_.

solicit înscrierea pe platforma de vaccinare împotriva COVID-19.

Declar că mă încadrez în etapa\_\_de vaccinare, fiind\_\_\_\_\_.

Atașez:

- formular de accept pe bază de consimțământ în cadrul campaniei de vaccinare împotriva COVID-19;
- adeverință de la medicul de familie, dacă e cazul.

*Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere și din actele atașate la aceasta vor fi prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, 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 \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_