



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

Către,

Direcția de Asistență Socială Târgu Mureș

Subsemnatul(a) _____ domiciliat(ă) în _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, scara _____, ap. _____, telefon _____, posesor/posesoare al B.I./C.I. seria _____ nr. _____ eliberat(ă) la data de _____ de către _____, fiind beneficiar al indemnizației de însoțitor, solicit ca aceasta să fie trimisă în **contul** nr. _____ deschis la _____.

Anexez copie după extrasul de cont.

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 (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Declar pe propria răspundere și sub sancțiunile Codului penal că datele și informațiile prezentate sunt complete și corespund realității și mă oblig să aduc la cunoștința autorităților, în scris și în termenul prevăzut de lege, orice modificare a situației mai sus prezentate care poate conduce la încetarea sau suspendarea drepturilor.

Data:

Semnătura: