**ANEXA 2**

**DOMNULE DIRECTOR,**

SUBSEMNATUL/A………………………………………..…………... DOMICILIAT/Ă ÎN……...………………..…………………………………….…., PERSOANĂ CU HANDICAP GRAV CONFORM CERTIFICATULUI DE ÎNCADRARE ÎN GRAD DE HANDICAP NR…………../DATA….………..,VĂ ROG SĂ APROBAȚI SCHIMBAREA OPȚIUNII DE LA INDEMNIZAȚIE DE ÎNSOȚITOR LA ASISTENT PERSONAL.

Menționez că sunt de acord cu prelucrarea și furnizarea datelor cu caracter personal, conform Regulamentului (UE) 679/2016 în scopul acordării/sistării beneficiilor de asistență socială și a Serviciilor Sociale corespunzător nevoilor identificate, la nivel instituțional.

DATA SEMNATURA

Confidential, date cu caracter personal prelucrate in conformitate cu

dispozițiile Regulamentului(UE)2016/679 privind protecția persoanelor fizice.