

## DOMNUL DIRECTOR,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în  
localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_,  
sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_, posesor al B.I. (C.I.) seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_,  
eliberat la data de \_\_\_\_\_ în calitate de persoană cu handicap asimilată  
gradului \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) conform certificatului nr. \_\_\_\_\_, din  
\_\_\_\_\_, emis de C.E.P.A.H. Teleorman în condițiile prevăzute de Legea nr. 448/2006 modificată  
și republicată, solicit acordarea următoarelor drepturi:

- prestație socială
- legitimație transport urban
- bilete pentru transport urban

Telefon: \_\_\_\_\_.

Declar că sunt de acord ca datele mele cu caracter personal să fie stocate, prelucrate și utilizate de către D.G.A.S.P.C. Teleorman, în condițiile stabilite prin Regulamentul U.E. 2016/679.

Data

\_\_\_\_\_

Semnătura

\_\_\_\_\_

Inspector

\_\_\_\_\_

Domnului Director al Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Teleorman