Nr\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERERE**

**schimbare modalitate plată**

**Către,**

**D.G.A.S.P.C. Harghita**

**Domnule Director**

Susemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ posesor al actului de identitate \_\_\_\_\_\_\_\_seria\_\_\_\_\_\_nr \_\_\_\_\_\_\_eliberat de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_la data de \_\_\_\_\_\_\_\_,domiciliat(ă)în\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_str\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr\_\_\_\_\_\_\_bl\_\_\_\_\_sc\_\_\_\_\_ap\_\_\_\_jud\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

În calitate de beneficiar/ reprezentant legal/ asistent personal , al persoanei cu handicap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ încadrat (ă) în gradul\_\_\_\_\_( )conform Certificatului nr\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emis de Comisia de Evaluare a Persoanelor cu Handicap / Comisia pentru Protecţia Copilului Harghita , prin prezenta solicit schimbarea modalității de plată din\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***( în cazul plății prin cont bancar se va atasa extrasul de cont)***

Mă oblig ca, în cazul în care voi renunța la primirea prestațiilor sociale prin virarea în contul curent personal, să anunț în scris DGASPC Harghita.

*În conformitate cu prevederile Regulamentului(UE) nr. 679/2016, declar că sunt de acord ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate în scopul îndeplinirii obligaţiilor legale de către D.G.A.S.P.C. Harghita privind protecţia şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap pentru a beneficia de drepturile prevăzute de lege.*

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numele şi Prenumele\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_