

Către

DOMNUL PRIMAR

Subsemnatul (a) _____ C.N.P. _____
posesor(oare) a C.I./B.I. seria _____ nr. _____ eliberat de _____
cu domiciliul în Busteni, str. _____ nr. _____
bl. _____ sc. _____ ap. _____ tel. _____ în calitate de :

- membru din cadrul familiei ☐
- reprezentant legal ☐
- alte persoane ☐

inaintez Certificatul de deces cu seria _____ nr. _____ eliberat la data de _____
pentru defunctul/defuncta _____ în vederea încetării
indemnizației lunare prevăzută de Legea nr.448/2006, începând cu data de _____
ca urmare a decesului persoanei cu handicap survenit în data de _____.
Anexez la prezenta cerere următoarele acte doveditoare :

☐ C.I./B.I

☐ Certificat deces

Data _____

Semnatura _____

" În conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr.679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date, U.A.T Oras Busteni, în calitate de operator de date, prelucrează datele personale cu respectarea cerințelor legale și în condiții care să asigure confidențialitatea, securitatea și respectarea drepturilor persoanelor vizate."