

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

## DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul Mehedinți, CNP \_\_\_\_\_, în calitate de persoană cu handicap gradul \_\_\_\_\_, conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr. \_\_\_\_\_ din data \_\_\_\_\_, cu valabilitate \_\_\_\_\_, prin reprezentant legal \_\_\_\_\_, vă rog să aprobați virarea drepturilor bănești acordate conform Legii nr. 448/2006, în contul deschis la banca \_\_\_\_\_.

Anexez acte doveditoare:

- Cod IBAN al contului tiparit de bancă (B.C.R., B.R.D., C .E.C, Raiffeisen, ING bank);
- Copie act de identitate;
- Copie hotărâre judecătorească pentru curatelă.

**Telefon nr.** \_\_\_\_\_

**Am luat la cunoștință că, în situația în care vor fi returnate cupoanele poștale 2 luni consecutiv, drepturile bănești vor fi expediate prin poștă, până la clarificarea situației respective.**

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului (UE) 2016/679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data \_\_\_\_\_

Semnatura solicitantului

\_\_\_\_\_  
(persoana cu handicap/reprezentant legal)

**DOMNULUI DIRECTOR AL D.G.A.S.P.C. MEHEDINȚI**