

Domnule Director,

Subsemnatul(a).....domiciliat(a) in Ploiesti,  
str.....nr.....bl.....sc...ap.... CI/BI seria.....  
nr.....CNP.....in calitate de asistent personal pentru  
bolnavul(a).....va rog sa-mi aprobati  
incetarea/suspendarea contractului de munca incepand cu data de .....  
deoarece.....

Data

Semnatura

Declar ca mi-au fost aduse la cunostinta prevederile Regulamentului nr.679/27.04.2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal precum si privind libera circulatie a acestor date, si ca:

- Sunt de acord ca datele cu caracter personal sa fie prelucrate in vederea realizarii demersurilor intreprinse pentru solutionarea prezentei cereri;
- Sunt de acord cu prelucrarea ulterioara a datelor cu caracter personal in scopuri statistice si sa fie arhivate potrivit legislatiei aplicabile;
- Mi s-a comunicat ca **refuzul furnizarii datelor de identificare conduce la clasarea solicitarii ca anonima.**

D-lui Director al A.S.S.C. Ploiesti