

## ACORD

Subsemnata/ul \_\_\_\_\_ persoana cu handicap grav cu  
CNP \_\_\_\_\_ domiciliata in Ploiesti str. \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_ / reprezentant al persoanei cu handicap grav  
\_\_\_\_\_ declar pe propria raspundere ca sunt de acord  
cu angajarea doamnei/domnului \_\_\_\_\_ cu domiciliul in  
\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_,  
ap. \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_ ca asistent personal pentru mine /  
persoana cu handicap sus mentionata.

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.**