



CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI DOROHOI
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Str. Ștefan cel Mare nr. 43, Dorohoi, Botoșani, 715200

www.dasdorohoi.ro

Tel: +40(231)617813

Fax: +40(231)617813

Email: das@dasdorohoi.ro

Nr. ___ /R___ / _____

Director,
ec. Radu Dan Surdu

Domnule Director,

Subsemnatul(a) _____, domiciliat(ă) în municipiul Dorohoi,
Str. _____ nr. ____, bl. ____, et. ___ ap. ____, județul Botoșani, legitimat(ă)
cu BI/CI seria ____ nr. _____, în calitate de beneficiar, prin prezenta solicit acordarea de servicii
de asistență medicală comunitară prin Centrul Comunitar Integrat.

Anexez următoarele documente la dosar (se bifează):

- Actul de identitate al beneficiarului (certificat de naștere/carte de identitate);
- Acte medicale (bilete de ieșire din Spital, adeverințe medicale sau Certificat medical eliberat de medicul specialist);
- Venituri (cupon pensie, adeverințe de venit);
- Alte documente după caz.

Nr.telefon: _____

Data,

Semnătura,

Domnului Director al Direcției de Asistență Socială Dorohoi

Declar că am fost informat și consimt ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, respectiv: acordarea de beneficii și servicii sociale conform legii, statistică, cercetare, acordarea de servicii și beneficii de către ONG-uri, includerea în proiecte sociale ale ONG-urilor, asociațiilor/fundațiilor/instituțiilor acreditate în acest sens. Am luat la cunoștință că informațiile din cererea depusă și din actele anexe la aceasta, vor fi prelucrate de Direcția de Asistență Socială Dorohoi cu respectarea Regulamentului (UE) nr. 679/2016 privind protecția datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE. De asemenea, am fost informat că îmi pot exercita dreptul la acces, intervenție și opoziție printr-o cerere scrisă, semnată și datată, depusă la sediul instituției.