|  |  |
| --- | --- |
| http://www.asistentasociala.info/css/images/stema_cerere.jpg | CONSILIUL LOCAL SECTOR 3DIRECŢIA GENERALĂ DE ASISTENŢĂ SOCIALĂ ŞI PROTECŢIA COPILULUI**SERVICIUL EVIDENTA SI PLATA PRESTATII SOCIALE** |

**CERERE RESTITUIRE DREPTURI NEÎNCASATE**

**DECONT METROU**

***Subsemnata (ul),***

**Nume şi** prenume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, *vă solicit achitarea* ***decontului abonamentului de metrou*** *neîncasat prin mandat poștal* aferent lunii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ și acordarea sumelor prin **cont bancar**, pentru **persoana cu handicap - grav**|\_| **accentuat** |\_| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ decedata la data de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (dacă este cazul).

Prezint documente doveditoare pentru situatia semnalata (act identitate persoana cu handicap si tutore- daca e cazul, certificat handicap, certificat deces, certificat casatorie, hotarare divort, hotarare punere sub interdictie, extras cont bancar, acte doveditoare ale calitatii de mostenitor- fiu/fiica/sot/sotie/parinti etc.)

*Mă oblig ca în termen de 48 de ore – conform art. 59 lit. f) din Legea 448/2006, republicată – să aduc în scris la cunoştinţa Direcţiei Generale de Asistenţă Socială şi Protecţia Copilului Sector 3 orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reşedinţă, starea materială şi alte situaţii de natură să influenţeze acordarea drepturilor prevăzute de lege*.

*Sunt de acord ca datele mele cu caracter personal sa fie prelucrate de D.G.A.S.P.C. Sector 3 în conformitate cu art. 6 din Regulamentul UE 679/2016 în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale. Datele pot fi dezvăluite unor terți în baza unui temei legal justificat. Cunosc faptul ca imi pot exercita drepturile prevăzute în Regulamentul UE 679/2016, printr-o cerere scrisă, semnată și datată transmisă pe adresa D.G.A.S.P.C. Sector 3.*

**Telefon contact \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătură \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*VERIFICAT SI PRELUAT DE CATRE (nume/semnatura/parafa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*