

Nr. înregistrare _____ / _____

Către,
AGENȚIA JUDEȚEANĂ PENTRU PLĂȚI ȘI INSPECȚIE SOCIALĂ TIMIȘ

**C E R E R E SCHIMBARE MODALITATE DE PLATĂ
PRESTAȚII SOCIALE PENTRU PERSOANE CU HANDICAP**

Subsemnatul(a) _____ docmiciliat(ă) în
_____ posesor al B.I./C.I.
seria _____ nr. _____ eliberat de _____, C.N.P. _____.

Solicitare

Documente anexate

- Solicitare plata cont Extras de cont
- Solicitare plata mandat postal Foto copie C.I. titular/reprezentant legal

Declar că sunt de acord și îmi exprim consimțământul în mod expres, neechivoc, liber și informat cu privire la prelucrarea datelor mele cu caracter personal, conform prevederilor Regulamentului (UE) 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestora, pentru a fi colectate, folosite și prelucrate (nume, prenume, C.N.P., adresa poștală, număr de telefon, copie carte de identitate, extras de cont bancar etc.) de către A.J.P.I.S. Timiș în vederea îndeplinirii atribuțiilor legale ale acestei instituții.

Am luat cunoștință de drepturile pe care le am o dată cu prelucrarea, colectarea și folosirea datelor cu caracter personal conform informării comunicate de către operator.

D a t a:

S e m n ă t u r a:

T E L E F O N: _____