

Către,

Nr.intrare _____ / _____

Anexa la cerere

AGENȚIA JUDEȚEANĂ PENTRU PLĂȚI ȘI INSPECȚIE SOCIALĂ HUNEDOARA

DECLARAȚIE
pe propria răspundere

Subsemnatul/Subsemnata _____ domiciliat(ă)

în localitatea _____, str. _____ nr. _____,

bl. _____, sc. _____, ap. _____, județul/sectorul _____, legitimat(ă) cu

BI/CI/P seria _____ nr. _____, CNP _____, în

calitate de _____, declar pe propria răspundere, că ceilalți

moștenitori (se va completa numele corect al acestora) _____

nu solicită sumele neîncasate de către decedat (ă) _____,

persoană beneficiară de indemnizație lunară de hrană convenită persoanelor diagnosticate cu tuberculoză tratate în ambulatoriu , pentru luna în care a intervenit decesul, și după caz, a sumelor convenite și neîncasate până la deces.

Am întocmit prezenta azi, _____, în vederea obținerii prestațiilor sociale convenite decedatului/decedatei _____ până inclusiv în luna decesului.

Aceasta îmi este declarația pe propria răspundere pe care o dau și o semnez cunoscând prevederile art. 326 din Codul Penal referitoare la falsul în declarații.

Semnătură declarant,

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, adresa de e-mail, număr de telefon, copie carte de identitate, componența familiei, extras de cont bancar etc.) de către A.J.P.I.S. Hunedoara 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.