

Asistență socială

DOMNULE PRIMAR

Subsemnatul(a) _____

având CNP _____, domiciliat(ă) în localitatea
_____ strada _____ nr. _____, bloc
_____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județul Brăila , vă rog să-mi eliberați o
adeverință din care să rezulte ca beneficiaz de VENIT MINIM DE INCLUZIUNE.

Adeverința îmi este necesară la _____ .

DATA,

SEMNĂTURA,

DOMNULUI PRIMAR AL ORAȘULUI ÎNSURĂȚEI, JUDEȚUL BRĂILA

Primăria orașului Însurăței colectează și procesează datele dumneavoastră cu caracter personal conform Regulamentului (UE) nr.679 din 27 aprilie 2016. Scopul colectării și prelucrării datelor este furnizarea de servicii publice, Primăria orașului Însurăței fiind o instituție de utilitate publică.

Sunteți obligat să furnizați datele personale, acestea fiind necesare în scopurile specificate mai sus. Refuzul dumneavoastră determină imposibilitatea acordării/furnizării serviciului solicitat și dispunerea măsurilor legale necesare identificării acestor date.