

**Doamna Director,**

Subsemnatul(a), \_\_\_\_\_, angajat al D.P.P.S. Târgu Jiu, în funcția de asistent personal la bolnavul cu handicap grav \_\_\_\_\_ domiciliat în Mun. Târgu Jiu/altă localitate \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_ jud. Gorj, posesor al/a C.I./B.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ eliberat de S.P.C.L.E.P. \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_, telefon nr. \_\_\_\_\_ solicit vaccinarea împotriva Covid 19.

Alăturat, atașez copie C.I.

**ÎMI EXPRIM CONSIMȚĂMÂNTUL cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal, date pe care le-am comunicat Direcției Publice de Protecție Socială Târgu Jiu.**

*Consimțământul prelucrării datelor cu caracter personal este dat în temeiul Regulamentului Parlamentului European și al Consiliului Uniunii Europene nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.*

**Data:** \_\_\_\_\_

**Semnătura,**

\_\_\_\_\_