Se va atașa copie BI / CI

PENSII RESTANTE

SE APROBĂ
DIRECTOR EXECUTIV

VIZAT
CONTROL FINANCIAR

DOMNULE DIRECTOR

SUBSEMNATUL/A_____

DOMICILIAT ÎN _____

_____

CNP _____ **TEL:**_____

PENSIONAR CU DOSAR NR _____ **VĂ ROG A-MI**

APROBA RESTITUIREA PENSIEI CUVENITE PE LUNILE:

_____

PE CARE NU AM ÎNCASAT-O DIN URMĂTOARELE MOTIVE:

_____

Sunt de acord ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate de Casa Județeană de Pensii Brăila, în conformitate cu Regulamentul 679/2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor), în vederea soluționării cererii. Datele pot fi dezvăluite unor terți în baza unui temei legal justificat. Vă puteți exercita dreptul de acces la date, rectificare, ștergere, restricționare și/sau opoziția prelucrării în condițiile RGDP nr. 679/2016 printr-o cerere scrisă, semnată și datată depusă la sediul unității noastre.

DATA **SEMNĂTURA**