Nr. înregistrare

SE APROBA,
DIRECTOR EXECUTIV

VIZAT CONTROL
FINANCIAR PREVENTIV

PROPUN APROBAREA
SUMA _____
PERIOADA _____

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul/a _____

domiciliat in _____

pensionar/a cu decizia nr. _____ depun alaturat Certificatul de incadrare in grad de handicap (copie) în vederea restituirii impozitului retinut.

CNP _____

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 protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția 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.

Semnatura,

_____