

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ
ZALĂU
CONSILIUL LOCAL ZALĂU
Nr.
ziua.....luna.....anul.....

Către,

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ZALĂU

Subsemnatul(a) cu domiciliul în Zalău,
str. nr. bloc, sc., ap.
CNP telefon prin prezenta vă rog sa-mi aprobați
.....
.....
.....

Depune cererea

Vă informăm ca datele dumneavoastră personale (după caz și ale membrilor de familie) vor fi prelucrate conform prevederilor Regulamentului (UE) nr. 679/2016, privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Data

Semnătura,