

ANEXA 1

la metodologie

CERERE

pentru acordarea indemnizației lunare de hrană pentru adulți

Subsemnatul/Subsemnata,, posesor/posesoare al/a actului de identitate
seria nr., eliberat de la data de CNP, telefon
.....,

|_| cu domiciliul/reședința în, str.
nr., bl., sc., et., ap., sectorul/județul

|_| domiciliul real, indiferent de adresa sa legală înscrisă în documentele
de identitate în, str. nr., bl., sc.
....., et., ap., sectorul/județul

|_| fără domiciliu sau reședință și fără locuință, care trăiește pe raza
teritorială a localității, județul

|_| în nume personal

sau

|_| prin reprezentant legal, domnul/doamna, în
calitate de*), cu domiciliul/reședința în,
str. nr., bl., sc., et., ap.,
sectorul/județul, CNP, telefon

vă rog să îmi aprobați acordarea indemnizației lunare de hrană prevăzute de Legea nr. 302/2018
privind măsurile de control al tuberculozei și de Hotărârea Guvernului nr. 884/2020 privind
aprobarea cuantumului indemnizației lunare de hrană cuvenite persoanelor diagnosticate cu
tuberculoză tratate în ambulatoriu.

Doresc să primesc acest drept*):

|_| prin mandat poștal, la adresa

|_| în contul bancar având cod IBAN: deschis la banca
....., sucursala/agenția

|_| numerar, la sediul dispensarului de pneumoftiziologie

Doresc să primesc comunicările referitoare la acordarea indemnizației lunare de hrană, astfel:*)

|_| prin poștă, la adresa

|_| la adresa de e-mail

|_| altă opțiune

În perioada - am fost în izolare potrivit recomandării medicului curant.**)

Declar pe propria răspundere că voi utiliza indemnizația lunară de hrană ce îmi va fi acordată
pentru procurarea alimentației corespunzătoare care să asigure eficiență în tratamentul pe care îl
urmez.

.....
(numele și prenumele)

.....
(semnătura)

.....
(data)

Avizat
Medic curant
(numele și prenumele)
.....
Semnătura

*) Se va bifa o singură opțiune.

**) Se va completa doar în situația în care solicitantul s-a aflat în izolare potrivit recomandării medicului curant.

CONSIMȚĂMÂNT

privind acordul de prelucrare a datelor cu caracter personal*1)

Subsemnatul/Subsemnata,, posesor/posesoare al/a actului de identitate seria
.... nr., eliberat de la data de, CNP, telefon
....., e-mail,

în calitate de persoană diagnosticată cu tuberculoză,

prin prezenta declar în mod voluntar că îmi dau acordul în cunoștință de cauză pentru prelucrarea datelor mele cu caracter personal (inclusiv datele privind sănătatea, acolo unde este cazul) următorilor operatori de date, în legătură cu și pentru următoarele scopuri, după cum urmează:

- agenția județeană de plăți și inspecție socială;
 - Direcția de sănătate publică județeană sau a municipiului București;
 - Agenția Națională de Plăți și Inspecție Socială,
- cu următoarele scopuri:

- procesarea datelor mele de sănătate în vederea obținerii indemnizației lunare de hrană acordate conform Legii nr. 302/2018 privind măsurile de control al tuberculozei.

În cazul în care prelucrarea datelor menționate mai sus include transferul în afara Uniunii Europene (UE), transferul se bazează pe standardul aprobat de UE, asigurând astfel un nivel adecvat de protecție a datelor cu caracter personal, astfel cum este cerut de legile aplicabile privind protecția datelor.

Operatorii de date cu caracter personal menționați mai sus, precum și instituțiile/autoritățile publice care procesează datele conform prevederilor legale în vigoare stabilesc garanțiile și măsurile tehnologice, fizice, administrative și procedurale, în concordanță cu legile aplicabile în domeniu.

Datele personale vor fi accesibile următoarelor categorii de persoane: angajații autorizați și reprezentanții operatorilor și procesatorilor menționați mai sus.

Datele mele personale pot fi de asemenea divulgate autorităților competente autorizate de legile aplicabile.

Datele vor fi procesate până când consimțământul va fi revocat sau cât este necesar în raport cu scopurile descrise mai sus, dar nu mai devreme de ani. După ce perioada indicată expiră, datele mele personale vor fi șterse definitiv.

Înțeleg că, în calitate de subiect de date cu caracter personal, am dreptul să solicit oricărui operator următoarele: accesarea datelor mele personale, rectificarea lor, restricționarea prelucrării lor, portarea lor și copierea lor. Toate drepturile descrise în acest paragraf pot fi solicitate prin trimiterea unei cereri prin e-mail către oricare operator de date la adresa de e-mail aferentă menționată mai sus.

În cazul în care solicitările mele nu sunt soluționate prin transmiterea cererii la adresa de e-mail de mai sus, înțeleg că am dreptul de a mă adresa Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal*2).

Data

Semnătura

*1) În conformitate cu Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 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.

*2) <http://www.dataprotection.ro/>