



---

SERVICIUL EVIDENȚĂ ȘI PLATĂ BENEFICII DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Subsemnatul/subsemnata \_\_\_\_\_ cu domiciliul în  
Brăila, \_\_\_\_\_ str.

- Sunt de acord cu efectuarea anchetei sociale prin apel video pe aplicația WhatsApp
- Nu sunt de acord cu efectuarea anchetei sociale prin apel video pe aplicația WhatsApp
- Nu utilizez aplicația WhatsApp

Declar că am fost informat cu privire la dreptul la imagine și respectarea vieții private, conform prevederilor art. 74 lit. c) din Legea nr. 287/2009 privind Codul civil.

Data

Nume și prenume, semnătura

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_