MINISTERUL AFACERILOR INTERNE
CORPUL NAŢIONAL AL POLIŢIŞTILOR

Str. Mihai Vodă nr. 6, Sector 5, Bucureşti
Telefon/fax: 021.3145413
E-mail: cnp@cnpromania.ro
Web: www.cnpromania.ro

APROB,
PREŞEDINTE CONSILIU TERITORIAL
din .....

VIZAT PENTRU CONTROL FINANCIAR PROPRIU
– TREZORIER

CERERE
pentru acordare ajutor medical

Gradul profesional ..... Numele şi prenumele .....

Adresa .....

CNP														

Loc de muncă .....
(unitate, subunitate) (secţie, serviciu, compartiment)
Membru CNP din anul ....., în prezent Poliţist activ Pensionar Altă situație
am beneficiat/nu am mai beneficiat de ajutoare în calitate de membru.

Solicit acordarea unui ajutor medical în sumă de ..... lei, necesară pentru (scurtă prezentare a situaţiei de fapt)
.....
.....
.....
.....
.....

Anexez următoarele documente:
- împuternicire, pentru altă persoană decât membrul CNP sau un membru de familie al acestuia
- copie după actul de identitate al solicitantului
- copie după ultimul fluturaş de salariu din care rezultă calitatea de membru al Corpului
- copie după certificatul de căsătorie, în cazul solicitării de ajutor pentru soţ/soţie
- copie după certificatul de naştere, în cazul solicitării de ajutor pentru copii
- copii după documente medicale care să justifice acordarea ajutorului (facturi, chitanțe etc.)
- alte documente considerate utile pentru analiză și evaluare

Solicit plata:
- în numerar la casierie
- prin virament în contul deschis la Banca ..... Sucursala/Agenţia .....

Număr cont bancar (se completează numai în cazul plăţii prin virament):

Având în vedere Regulamentul general privind protecţia datelor nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE, prin completarea prezentului formular cu datele mele personale şi semnarea lui declar în mod expres şi neechivoc că sunt de acord ca datele mele astfel comunicate să fie prelucrate de către Corpul Național al Polițiștilor pentru îndeplinirea rolului, scopului, drepturilor și obligațiilor prevăzute de legislația referitoare la Corpul Național al Polițiștilor.

Telefon: mobil.....
acasă /serviciu .....

Data: ___.___.
Semnătura: .....

AVIZAT – CONSILIU TERITORIAL		**SE ACORDĂ SUMA DE:**