

**Către,
S.C. DEPOZITAR INFOARHIVE S.R.L. ARAD**

Pt. societatea _____

Subsemnatul/a _____

CNP _____

Prenumele tatălui _____

Prenumele mamei _____

Număr de telefon: _____

Solicit eliberarea unei adeverințe privind:

Menționez faptul că am fost angajat/ă la societate în **funcția** de:

În perioada(ele):

În această perioadă am lucrat la secția/ferma _____

OBSERVAȚII: _____

Nume avut **anterior** / sau cu care am lucrat **anterior**:

În cazul angajatelor: **anul și luna în care au născut:**

Îmi exprim acordul pentru plata prestațiilor și tarifelor omologate de Arhivele Naționale privind investigațiile arhivistice, eliberarea adeverințelor solicitate, cât și pentru eventualele litigii și îmi asum rezolvarea personală la instituțiile abilitate ale statului. Conform Regulamentului UE 2016/679 privind noile reglementări cu privire la protecția datelor cu caracter personal care se vor aplica din 25 mai 2018, solicităm acordul dumneavoastră pentru a procesa datele dumneavoastră personale pentru completarea și eliberarea adeverințelor pe care le solicitați prin prezenta cerere.

Data

Semnătura
