



## A P R O B

Președinte Regiunea \_\_\_\_\_

(semnătura președintelui și ștampila Regiunii unde se transferă membrul I.P.A)

## ASOCIAȚIA INTERNAȚIONALĂ A POLIȚIȘTILOR

Regiunea \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### Anexat:

- copie color a Cărții de identitate, conformă cu originalul;
- **decizia C.E.N. / C.E.R. de aprobare** (de la Regiunea care primește membrul transferat)
- **dovada informării Regiunii de la care se transferă membrul.**

## CERERE DE TRANSFER (RO \_\_\_\_\_)

din cadrul Regiunii \_\_\_\_\_, la Regiunea \_\_\_\_\_

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, născut(ă) la data de \_\_\_\_\_, în localitatea \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_, legitimat(ă) cu C.I. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în localitatea \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_, sectorul \_\_\_\_\_, strada \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, având locul de muncă în cadrul \_\_\_\_\_, îndeplinind funcția de \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, **solicit transferul meu**, de la Regiunea \_\_\_\_\_, la Regiunea \_\_\_\_\_, **începând cu data prezentei.**

Mă oblig la plata cotizației și accept ca I.P.A. Secția Română să procedeze la încasarea ei prin una din următoarele modalități: a) reținere de către organul financiar al unității unde îmi desfășor activitatea sau de către Casa de Pensii; b) reținere de către banca unde mi se virează drepturile bănești sau pensia; c) depunere de numerar, de către subsemnatul, în contul bancar al I.P.A., la sediul trezoreriei naționale sau regionale.

În conformitate cu prevederile legale în vigoare la data semnării prezentei și a Regulamentului General U.E. nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, în scopul organizării, conducerii, administrării și arhivării evidențelor specifice ale I.P.A. Secția Română, consimt la aplicarea ei, în ceea ce mă privește și mă declar de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal, precum și a CNP, inclusiv în perioada ulterioară pierderii calității de membru de către aceasta.

**Mă oblig să respect prevederile Statutului I.P.A. Secția Română.**

**La prezenta cerere, anexez copii color de pe actul de identitate și dovada informării Regiunii unde sunt membru în prezent.**

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_