

DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul(a) _____, cu domiciliul în mun. Alexandria, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, persoană cu handicap grav/ reprezentant legal al persoanei cu handicap grav _____, cu domiciliul în mun. Alexandria, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, telefon _____, vă rog să aprobați, conform Legii nr.448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

eliberarea unei adeverințe din care să reiasă că beneficiaz/nu beneficiaz de indemnizație lunară sau de asistent personal ;

eliberarea unei adeverințe din care să reiasă ca minorul (a), domnul(a) , beneficiază /nu beneficiază de indemnizație lunară sau de asistent personal .

Solicit aceasta fiindu-mi necesară la D.G.A.S.P.C. Teleorman pentru eliberarea acordului, sau în calitate de reprezentant al persoanei cu handicap grav, urmând să optez pentru indemnizație lunară / angajarea unui asistent personal.

Am luat la cunostință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate, conform Regulamentului Parlamentului European și Consiliului Uniunii Europene nr.679/27.04.2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data

Semnatura

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

- Copie C.I/ C.N. al persoanei cu handicap (după caz);
- Copie certificat de încadrare în grad de handicap;
- Copie C.I reprezentant legal (dupa caz)

Doamnei Director Executiv al D.A.S. Alexandria