DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV,

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 beneficiez/ nu beneficiez 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 Semnătura,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 ( după caz )

**Doamnei Director Executiv al D.A.S. Alexandria**

DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu domiciliul in mun. Alexandria, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sc.\_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_\_\_, persoană cu handicap grav/ reprezentant legal al persoanei cu handicap grav \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu domiciliul in mun. Alexandria , str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc.\_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_,

Telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, va 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 beneficiez / nu beneficiez 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/fiindu-i necesară persoanei cu handicap grav\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la D.G.A.S.P.C. Teleorman pentru eliberarea bilelelor de calatorie .

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 Semnătura,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

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

**Doamnei Director Executiv al D.A.S. Alexandria**

DOMNULE PRIMAR,

Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu domiciliul in mun. Alexandria, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sc.\_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_\_\_, telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , legitimat prin C.I, B.I Seria \_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în calitate de :

[ ] persoană cu handicap în baza certificatului de încadrare în grad de handicap nr. \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[ ] reprezentant legal al persoanei cu handicap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

în baza certificatului de încadrare în grad de handicap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legitimat prin C.I./B.I./CN, seria\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. C.N.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cu domiciliul in mun. Alexandria , str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc.\_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_.

Solicit eliberarea unui card – legitimatie pentru locurile gratuite de parcare, conform Legii nr. 448/ 2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificarile și completările ulterioare.

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 circulatie a acestor date.

Data Semnătura,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

* Copie certificat de încadrare în grad de handicap ;
* Copie act de identitate persoana cu handicap;
* Act identitate tutore/ reprezentant legal al persoanei cu handicap ( după caz);
* O fotografie tip buletin a persoanei adulte cu handicap/ reprezentant legal al minorului ( după caz).

**Domnului Primar al Primariei mun. Alexandria**

DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu domiciliul in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sc.\_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_\_\_, asistent personal angajat pentru persoana cu handicap grav\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în mun. Alxandria reprezentant legal al persoanei cu handicap grav \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu domiciliul in mun. Alexandria , str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc.\_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_,

Telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, va rog să aprobați, conform Legii nr. 448/ 2006 privind protecția și