DOAMNA DIRECTOR,

Subsemnatul/a ....., având codul numeric personal |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Domiciliat/ă în localitatea ....., Strada ..... Numărul: ....., Blocul: ....., Scara: ....., Etajul: ....., Apartamentul: ....., Județul: ....., Posesor/posesoare al/a actului de identitate seria: ....., Numărul: ....., Eliberat de: ....., la data: ....., Telefon:....., Persoană cu handicap grav cu drept de asistent personal, potrivit Certificatului de încadrare în grad de handicap nr: ....., eliberat de: ....., în conformitate cu prevederile art. 42, (4) din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare, optez pentru:

☐ Asistent personal

☐ Indemnizație lunară prevăzută la art. 43 din Legea nr. 488/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Data: ..... Semnătura,

.....