

NR. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a).....,cu domiciliul în loc.....  
str....., tel :....., în calitate de ..... ..al **copilului cu handicap  
grav**....., conform certificatului de încadrare în grad de  
handicap nr...../..... eliberat de ....., vă rog să eliberați acordul d-voastra scris cu  
privire la opțiunea mea exprimată în conformitate cu prevederile art.42 din Legea 448/2006  
privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Precizez că optez pentru :

INDEMNIZAȚIE

ASISTENT PERSONAL – nume si prenume.....  
domiciliul .....

gradul de rudenie fata de persoana cu handicap.....

Telefon :

Anexez prezentei copia după certificatul de încadrare în grad de handicap.

DATA.....

SEMNATURA

.....