

NR. _____ / _____

DOMNULE DIRECTOR,

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

Precizez că optez pentru :

INDEMNIZAȚIE

ASISTENT PERSONAL – nume si prenume.....

loc .. domiciliul

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

an Anexez prezentei, copia după certificatul de încadrare in grad de handicap.

DATA.....

SEMNATURA

.....