

CNP.....

Subsemnatul/a(numele și prenumele)..... angajat ca Asistent

Personal al persoanei cu dizabilități

în baza Certificatului de Încadrare în grad de handicap nr.emis

de.....

domiciliat/ă în Județ/Sector Oraș(comună).....

Strada.....nr.....bl.....scara.....etaj.....ap.....

Legitimat cu BI CI Seria Nr.....

Vă rog să asigurați / sistați drepturile privind gratuitatea pentru transport

URBAN: STB

INTERURBAN

*Am luat la cunoștință că am obligația să anunț în 48 de ore orice modificare intervenită în situația fizică, materială sau socială, atât a mea cât și a persoanei cu handicap/asistent personal, și că trebuie să predau legitimația de transport dacă dreptul încetează. Am luat la cunoștință că sunt obligat/ă să restitui drepturile bănești încasate necuvenit

**Sunt de accord ca datele cu carcter personal sa fie prelucrate de DGASPC S4, în conformitate cu prevederile Regulamentului European nr.679/2016, Cod Înregistrare nr.6316/2007, in vederea soluționării cererii.

Semnătură,

Pot fi contactat/ă la telefon

Data