

FORMULAR H2-acest formular trebuie însoțit de documentele menționate pe verso:

DOMNULE DIRECTOR,

PROCESAT-NUMELE SI PRENUMELE..... SEMNATURA.....

Subsemnatul/a, domiciliat/a în,
posesor al actului de identitate cu seria nr.....
CNP.....în calitate deal persoanei cu
dizabilități/asistentului personal....., vă
rog să aprobați:

	Angajarea
	Suspendarea contractului de muncă **
	Încetarea ***
	Continuarea activității ****

*) **) (***) (***) Motivul

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.

Pot fi contactat/ă la telefon.....

Semnătura.....

Data.....