

DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul/a (numele și prenumele)

reprezentant al persoanei cu dizabilități

.....
.....

domiciliat/ă în Județ/sector

.....

strada numărul bloc scara ... etaj ap. ...

Legitimată cu B.I. C.I. C.I.P. Pașaport Seria Numărul

vă rog să-mi eliberați o adeverință, necesară la

<input type="checkbox"/>	Casa de Pensii a Municipiului București (sau alt județ)
<input type="checkbox"/>	Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București
<input type="checkbox"/>	Spital, Policlinică sau altă unitate sanitară (dacă e cazul specificați denumirea exactă).....
<input type="checkbox"/>	Bancă (pentru orice tip de operațiune, iar dacă e cazul specificați numele).....
<input type="checkbox"/>	Direcția Generală pentru Persoanele cu Handicap
<input type="checkbox"/>	Oficiul Poștal nr.....(se completează numărul oficiului)
<input type="checkbox"/>	Altă instituție (în acest caz specificați).....

DECLAR CĂ SUNT / NU SUNT ÎN EVIDENȚELE D.G.A.S.P.C. SECTOR 4

! 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 acord ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate de DGASPC S4, în conformitate cu prevederile Regulamentului European nr.679/2016, Cod Înregistrare nr.6316/2007, în vederea soluționării cererii.

Semnătura

Data

Pot fi contactat/ă la
telefon