

CNP.....

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

Asistent Personal al persoanei cu dizabilități .....

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

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

Legitimat cu BI  CI  Seria..... Nr.....

vă informez că, începând cu data de ....., voi efectua concediul de odihnă și, în conformitate cu art. 37, alin 3, din Legea 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată și modificată, vă rog să acordați prestația socială cuvenită persoanei cu dizabilități.

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.

Semnătură,

Pot fi contactat/ă la telefon  
Persoană de contact telefon

Dată

Se completează doar de angajații Biroului Resurse Umane Asistenți Personali, Asistenți Maternali și Îngrijitori la Domiciliu		
<b>Mențiuni</b>	*Semnatarul (a) solicitării figurează în evidența D.G.A.S.P.C. Sector 4 angajat(ă) în funcția de asistent personal DA /NU *Solicită concediul de odihna aferent anului .....	
<b>Actualizat în baza de date</b>	<b>Nume Funcționar</b>	<b>Semnătura</b>