

**DOMNULE DIRECTOR**

CNP

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

în calitate de  persoană cu dizabilități  
 îngrijitor al persoanei cu dizabilități .....

domiciliat/ă în Județ/sector ..... Oras(comună) .....

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

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

Încadrat în gradul  Conform certificatului nr. .... din data .....

Grav (1)  Accentuat (2)  Mediu (3)

emis de  Comisia pentru Protecția Copilului  
 Comisia de Evaluare pentru Persoane cu Handicap Adulți  
 Comisia Superioară de Evaluare pentru Persoane cu Handicap Adulți

vă rog să aprobați eliberarea:

**Eliberarea unui card de parcare**

Am luat la cunoștință că valabilitatea cardului de parcare este în funcție de valabilitatea certificatului de handicap

**!** 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

Pot fi contactat/ă la telefon

Data

**ATENȚIE!**

Completați formularele fără a omite informații privind statutul personal, veniturile sau persoanele aflate în întreținere pentru a evita orice probleme ulterioare. În cazul în care aveți dificultăți în completarea formularului, solicitați sprijinul reprezentanților Serviciului Prestații Sociale pentru Persoane cu Handicap.