

DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul (a).....
C.N.P..... domiciliat (ă) în localitatea.....
strada....., nr.,bl.,sc.,et.,județul.....
legitimat cu B.I./C.I. seria....., nr., eliberat de către
în calitate de:

pensionar de invaliditate gradul I, potrivit Deciziei Medicale asupra capacității de muncă nr.
emis de către

persoana cu handicap grav, conform Certificatului/ Deciziei, nr.
din data de, emis de către.....

În temeiul prevederilor art. 42, din Legea nr. 448/2006, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare și prevederile Codului Penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că la data prezentei, beneficiaz/ nu beneficiaz de indemnizație de însoțitor prevăzută la art. 77 din Legea nr. 263 / 2010, privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările și completările ulterioare și optez pentru.

Asistent personal

Indemnizație lunară prevăzută la art. 43 din Legea nr. 448/2006, republicată cu modificările și completările ulterioare, respectiv indemnizație de însoțitor prevăzută la art. 58 alin.(3) din aceeași lege, cazul persoanei cu handicap vizual grav;

Indemnizație de însoțitor prevăzută la art. 77 din Legea nr. 263 / 2010, cu modificările și completările ulterioare;

Declar că sunt de acord ca datele mele cu caracter personal să fie stocate, preluate și utilizate de către D.G.A.S.P.C. Teleorman, în condițiile stabilite prin Regulamentul U.E. 2016/679

Data _____

Semnătura _____

Verificat _____

Inspector _____