

DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul(a).....
C.N.P.....domiciliat(a) în localitatea.....
strada.....nr.....bl.....sc.....et.....judetul.....
legitimat cu B.I./C.I.seria.....nr.....,eliberat de catre.....
în calitate de;

O pensionar de invaliditate gradul I, potrivit Deciziei Medicale asupra capacitatii de munca
nr..... emis de catre

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

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. 67 din Legea nr. 360/2023, privind sistemul unitar de pensii
publice, cu modificările și completările ulterioare 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. 67 din Legea nr. 360/2023, 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 _____

Semnatura _____

Verificat _____

Inspector _____