

NR. _____/_____

DOMNULE PRIMAR AL COMUNEI LELICENI,

Subsemnatul(a).....
cu domiciliul în loc.....str.....
nr..... bl.... sc.... Ap....., **persoana cu handicap grav** - conform
certificatului de încadrare în grad de handicap nr...../.....
eliberat de

Prin prezenta cerere, adresez rugămintea D.lui Keresztes Balazs, primar
al comunei Leliceni, de a-mi aproba opțiunea mea exprimată pe perioada
valabilității certifiactului de încadrare în grad de handicap în conformitate cu
prevederile art.42 din Legea 448/2006, republicată privind protecția și
promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Precizez că optez pentru :

- INDEMNIZAȚIE
- ASISTENT PERSONAL – nume si prenume.....
domiciliul,
gradul de rudenie fata de persoana cu handicap.....

Anexez prezentei, copia după certificatul de încadrare în grad de handicap.

Subsemnatul/a.....prin prezenta declar că am fost informat că datele
cu caracter personal sunt prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale
instituției. Am luat la cunoștință că informațiile din cererea depusă și din actele anexate la
aceasta vor fi prelucrate de Primăria Leliceni, Direcția Generală de Asistență Socială și
Protecția Copilului Harghitacu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) nr.679/2016,
privind protecția persoanelor fizice și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap
pentru a beneficia de drepturile prevăzute de lege.

DATA.....

SEMNATURA

.....