|  |  |
| --- | --- |
|  | CONSILIUL LOCAL SECTOR 3  DIRECŢIA GENERALĂ DE ASISTENŢĂ SOCIALĂ  ŞI PROTECŢIA COPILULUI SECTOR 3  **SERVICIUL EVIDENȚĂ ȘI PLATĂ PRESTAȚII SOCIALE** |

**ANEXA 5**

**CERERE DECONT ABONAMENT METROU**

**PERSOANA CU HANDICAP/INSOȚITOR/ASISTENT PERSONAL**

***Subsemnata (ul),***

**Nume şi** prenume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**in calitate de **persoana cu handicap/ însoțitor/ asistent personal** al persoanei cu handicap pe nume\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ persoana cu handicap gradul \_\_\_\_\_\_\_\_\_ conform certificat de incadrare nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_emis la data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ valabilitate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_vă rog a-mi deconta **abonamentul(ele) Metrorex cu număr nelimitat de călătorii/ lunar - cu următoarele serii**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pentru lunile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Prezint la prezenta cerere:*

*-act de identitate persoana cu handicap*

*- act de identitate asistent personal*

*- Depun abonament(e) lunar(e) cu numar nelimitat de calatorii/luna expirate în original- maxim 3 luni decontate odata - atenție – valabilitatea nu trebuie să se suprapună*

***Mă oblig ca în termen de 48 de ore – conform art. 59 lit. f) din Legea 448/2006, republicată – să aduc în scris la cunoştinţa Direcţiei Generale de Asistenţă Socială şi Protecţia Copilului Sector 3 orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reşedinţă, starea materială şi alte situaţii de natură să influenţeze acordarea drepturilor prevăzute de lege*.**

***Sunt de acord ca datele mele cu caracter personal sa fie prelucrate de D.G.A.S.P.C. Sector 3 în conformitate cu art. 6 din Regulamentul UE 679/2016 în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale. Datele pot fi dezvăluite unor terți în baza unui temei legal justificat. Cunosc faptul ca imi pot exercita drepturile prevăzute în Regulamentul UE 679/2016, printr-o cerere scrisă, semnată și datată transmisă pe adresa D.G.A.S.P.C. Sector 3.***

**telefon contact \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătură \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_