|  |  |
| --- | --- |
| http://www.asistentasociala.info/css/images/stema_cerere.jpg | CONSILIUL LOCAL SECTOR 3DIRECŢIA GENERALĂ DE ASISTENŢĂ SOCIALĂ ŞI PROTECŢIA COPILULUI**SERVICIUL EVIDENȚĂ ȘI PLATĂ PRESTAȚII SOCIALE** |

**CERERE legitimație transport urban de suprafață**

**ASISTENT PERSONAL**

***Subsemnata (ul),***

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

**CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ASISTENT PERSONAL al persoanei cu handicap **grav \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** conform certificat de incadrare nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emis la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cu valabilitate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

vă rog să-mi aprobati ***ELIBERAREA legitimației de transport urban de suprafață*** pentru anul în curs, conform Legii 448/2006 (republicatǎ) ;

Prezint următoarele documente în **original și în termen de valabilitate**:

* act de identitate,
* certificat naștere (în cazul minorului cu handicap)
* o fotografie color (tip buletin sau format electronic .jpeg )

*Mă oblig ca în termen de 48 de ore – conform art. 59 lit. h) 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 ...................................