

Către ,

PRIMĂRIA _____

Subsemnatul /a _____, domiciliat(ă) în loc. _____,
str. / sat _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, apt. _____, județul Arad, posesor al
B.I./C.I. seria _____ nr. _____, eliberat de Poliția _____ la data de

Solicit să fiu luat în evidența Primăriei _____ că acord îngrijire, supraveghere
și ajutor pentru numitul/a _____, persoană cu handicap încadrată în
gradul de handicap GRAV CU ASISTENT PERSONAL conform certificatului medical nr. _____
din data de _____ eliberat de Comisia de evaluare complexă a persoanelor cu handicap –
adulți / copii.

Termenul de valabilitate al certificatului medical este _____.

Arad, la _____

Semnătura,

DIRECTIA GENERALA DE ASISTENTA SOCIALA SI PROTECTIA COPILULUI ARAD**AVIZ Nr. _____/_____**

Certificăm că începând cu data de _____, dl/d-na _____
_____, care se legitimează cu BI/CI seria _____ nr. _____ eliberat de Poliția
_____ la data de _____, având domiciliul în _____
_____, persoană cu handicap conform certificatului medical nr.
_____/_____, beneficiază de drepturile și facilitățile stabilite cf. Legii nr. 448 / 2006, și
AVIZĂM FAVORABIL angajarea ca **asistent personal** a numitului/ei _____
_____, posesor al B.I./C.I. seria _____ nr. _____, eliberat de Poliția
_____, cu condiția respectării prevederilor HG 427/2001 modificata prin HG 463/2005 si
ale Legii 448/2006.

DIRECTOR GENERAL,**Inspector / Referent,**