



Nr. _____ din _____

DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul(a), _____, având C.N.P. _____, domiciliat(ă) în localitatea _____, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județul _____, posesor/posesoare al (a) actului de identitate seria..... nr. _____, eliberat de _____ la data de _____, născut(ă) la data de _____ în localitatea/județul _____, fiul (fiica) lui _____ și al (a) _____, pensionar de invaliditate gradul I, potrivit Deciziei medicale asupra capacității de muncă nr...../_____, emisă de _____, persoană cu handicap grav cu drept la asistent personal, potrivit Certificatului de încadrare în grad de handicap nr. _____/_____, eliberat de_____, cunoscând prevederile art. 42 din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și prevederile din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că, la data prezentei, **beneficiez / nu beneficiez** de indemnizație de însoțitor prevăzută la art. 77 din Legea nr. 263/2010, privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările și completările ulterioare, și 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. 42 alin. (1) din aceeași lege, în cazul persoanei cu handicap vizual grav;
- ☐ indemnizație de însoțitor prevăzută la art. 77 din Legea nr. 263/2010, cu modificările și completările ulterioare.

Data

.....

Semnătura

.....