

FORMULAR H 10

acest formular trebuie însoțit de documentele menționate pe verso

NR. ÎNREGISTRARE S.P.S.P.H. /

DOMNULE DIRECTOR,

CNP.....

Subsemnatul/a(numele și prenumele)..... angajat ca Asistent
Personal al persoanei cu dizabilități

în baza Certificatului de Încadrare în grad de handicap nr.emis

de

domiciliat/ă în Județ/Sector Oraș(comună).....

Strada.....nr.....bl.....scara.....etaj.....ap.....

Legitimat cu BI ☐ CI ☐ Seria ☐ Nr.....

Vă rog să asigurați / sistați drepturile privind gratuitatea pentru transport

URBAN: STB

☐

INTERURBAN

☐

**Am luat la cunoștință că am obligația să anunț în 48 de ore orice modificare intervenită în situația fizică, materială sau socială, atât a mea cât și a persoanei cu handicap/asistent personal, și că trebuie să predau legitimația de transport dacă dreptul încetează. Am luat la cunoștință că sunt obligat/ă să restitui drepturile bănești încasate necuvenit*

Semnătură,

Pot fi contactat/ă la telefon

Data