



MUNICIPIUL BUCUREȘTI - CONSILIUL LOCAL AL SECTORULUI 4
DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA
COPILULUI SECTOR 4



Adresa: Șos. Olteniței, Nr. 252-254, Bl. 151, Parter, Sector 4; Tel: 0372.715.100, 0372.715.101;
Fax: 0372.713.885; Pagină web: www.dgaspc4.ro; Adresă E-mail: contact@dgaspc4.ro

Sistem de management al calității conform cu SR EN ISO 9001:2015; SR ISO IWA 4:2010; și ISO 18091:2019; CERTIFICAT Nr. 266 C

Serviciul Prestații Sociale pentru Persoane cu Handicap

Nr.G2 /

Cerere pentru acordarea legitimației de dizabilitate

Domnule Director,

Subsemnatul/a (nume și prenume) _____,
CNP(persoană cu handicap) _____, legitimat/ă cu CI/CN seria _____,
nr. _____, domiciliat/ă în București, sector 4, strada _____,
nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, încadrat/ă în gradul de handicap
_____, conform Certificatului de încadrare în grad de handicap, nr.
_____/_____, eliberat de către Comisia pentru Protecția Copilului/ Comisia de
Evaluare pentru Persoane cu Handicap Adulți.

După caz (Reprezentat de către): Nume și prenume
_____, CNP _____, C.I. seria _____, nr. _____,
domiciliat/ă în București, Sector 4, Strada _____, nr. _____, bl. _____, sc.
_____, ap. _____, telefon _____

Vă rog să aprobați eliberarea unei legitimații de dizabilitate.

Anexez la prezenta cerere o fotografie recentă tip buletin. Declar pe propria răspundere că informațiile prezentate sunt reale, iar în caz contrar mă supun potrivit legii pentru inexactitatea informațiilor prezentate.

Am luat la cunostință că valabilitatea legitimației de dizabilitate este în funcție de valabilitatea certificatului de handicap. 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 dacă dreptul încetează.

Data:

Semnătura

Telefon: