

## CĂTRE PRIMĂRIA SALISTEA

Subsemnatul(ata) \_\_\_\_\_,  
domiciliat(ă) în localitatea \_\_\_\_\_, strada  
\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_,  
scara \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, posesor al B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_\_, cod numeric personal \_\_\_\_\_,  
eliberat de \_\_\_\_\_, la data \_\_\_\_\_, în  
calitate de parinte/tutore a minorului, curator/reprezentant  
convențional al persoanei cu handicap  
grav \_\_\_\_\_  
cu certificatul de încadrare într-o categorie de persoane cu handicap  
nr. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, cunoscând prevederile Legii nr.  
448/2006 și întrunind criteriile medicale în vigoare, declar pe propria  
răspundere că optez pentru :

**Indemnizația lunară** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SAU**

**Asistent personal** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Declar că în prezent **beneficiez / nu beneficiez** de serviciile  
unui asistent personal conform art.35 din Legea. nr. 448/2006.  
Precizez că am luat la cunoștință de prevederile atr. 292 din Codul  
Penal privitoare la falsul în declarații.

Dau prezenta declarație pentru a-mi servi la PRIMĂRIA SALISTEA

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate  
conform Regulamentului European nr. 679 / 2016 privind protecția datelor cu caracter  
personal.

DATA \_\_\_\_\_

Semnătura declarant,  
\_\_\_\_\_