



RETIPARIRE

Cerere pentru acordarea cardului european pentru dizabilitate

Domnule director general,

Subsemnatul/a CNP.....
Legitimat prin CI / CN seria..... , nr.
Domiciliat/ă în localitatea/sector....., județul
Str. , nr. , bl..... sc..... ap.....
Posesor al certificatului de încadrare în grad de handicap nr.
din data , termen de valabilitate.....eliberat de
către.....
Telefon.....

După caz:

Reprezentat de către:

Nume și prenume.....
În calitate de legitimat prin CI/BI seria..... , nr.
Domiciliat/ă în localitatea/sector , județul
Str. , nr. , bl..... sc..... ap.....
Solicit eliberarea cardului european pentru dizabilitate.
La prezenta cerere anexez o fotografie recentă tip buletin.

Declar pe propria răspundere că informațiile prezentate sunt reale. În caz contrar
mă supun potrivit legii pentru inexactitatea informațiilor prezentate.

Data

Semnătura solicitant¹/

*Sunt de acord ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate de catre Directia Generala de Asistenta Sociala si Protectia Copilului Bacau, înregistrată la Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu caracter Personal cu numărul de operator 2092, respectiv Autoritatea Nationala pentru Persoanele du Dizabilitati, cod operator 35666 în vederea soluționării cererii.

¹ După caz, persoana care reprezintă persoana cu handicap.