**CERERE**

pentru exprimarea opțiunii prevăzute la art. 24 alin. (9 ) și (10) din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap

 Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Doamnă/Domnule Director,**

1. (Se completează de către persoana solicitantă.)

Subsemnatul/Subsemnata.....................................................având CNP................................................,

domiciliat/ă în localitatea: sat................................comună..........................oraș.....................................

sector/județ................................,str..........................................nr..........bl.........,sc..........et.........ap........

interfon.......cod poștal...............e-mail.........................................legitimat/ă cu CI/BI.............................

seria.........nr....................eliberat de...................................la data de...................valabilitate.................

telefon...........................

 II (Se completează de către părintele, tutorele sau persoana care se ocupă de creșterea și îngrijirea copilului cu handicap grav sau accentuat în baza unei măsuri de protecție specială, stabilită în condițiile legii.)

 Subsemnatul/Subsemnata.....................................................având CNP...............................................,

domiciliat/ă în localitatea: sat....................................comună...........................oraș................................

sector/județ.................................,str.........................................nr..........bl.........,sc..........et.........ap........

interfon.......cod poștal……….............e-mail.................................................legitimat/ă cu CI/BI...............

seria.........nr..........eliberat de....................................la data de...................valabilitate...........................

telefon............................., în calitate de...........................al copilului cu handicap...................................

Actul prin care persoana este desemnată reprezentant legal și valabilitatea acestuia

…………………..………………………………………………………………

Îmi exprim opțiunea

 pentru acordarea gratuității la transportul interurban

 sau

 pentru decontarea carburantului necesar deplasării cu autoturismul

Data:……………………….. Semnătura:……………………………….