Nr................................./ data.....................

**CERERE**

pentru exprimarea **opţiunii** prevăzute la art. 24 alin. (9) şi (10) din Legea nr. 448/2006 privind protecţia şi promovarea

drepturilor persoanelor cu handicap

Doamnă director,

***I. (Se completează de către persoana adultă cu dizabilitate SAU de către tutorele acesteia, cu datele persoanei adulte cu dizabilitate)***

Subsemnatul/Subsemnata:

**1.** Numele şi prenumele ................................................................................/tutore nume și prenume, pentru persoana adultă cu dizabilitate...........................................................................

**2.** CNP |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**3.** Domiciliul: București, sector 6, str............................................................ nr...........bl........., sc...........et......ap............... interfon .....................cod poştal ...................

**4.**certificat de încadrare în grad de handicap pentru doamna/domnul.................................................................., nr........................din data.......................valabil până la data de..................................

**5.** C.I seria .............. nr...................... eliberat de .................... la data ....................valabil până la data............................

**6.** Telefon ..........................................................

**7.** E-mail ..................................................................................

**II.** (***Se completează de către părintele sau persoana care se ocupă de creşterea şi îngrijirea copilului cu handicap*** grav sau accentuat în baza unei măsuri de protecţie specială, stabilită în condiţiile legii)

**1.** Numele şi prenumele minorului cu dizabilitate................................................................

**2.** Domiciliul: București, sector 6, str............................................................ nr...........bl........., sc...........et......ap............... interfon .....................cod poştal ...................

**3.** certificat de încadrare în grad de handicap nr........................din data....................valabil până la data de..................

**4.** C.I reprezentant legal numele și prenumele.................................................................... seria .............. nr...................... eliberat de .................... la data ....................valabil până la data............................

**5.** Telefon ..............................................

**6.** E-mail ...................................

**7.** Actul prin care persoana este desemnată reprezentant legal şi valabilitatea acestuia .................................

îmi exprim opţiunea

□ pentru acordarea gratuităţii la transportul interurban

**sau**

□ pentru decontarea carburantului necesar deplasării cu autoturismul

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