

Nr...../.....

**CĂTRE,
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ARAD**

Subsemnatul/a _____,
CNP _____, asistent personal al persoanei cu handicap
menționate mai jos, prin prezenta solicit efectuarea concediului de odihnă pe anul
2025, începând cu data de _____.

Precizez că pe perioada concediului de odihnă a asistentului personal, persoana
cu handicap (nume și prenume) _____
_____, CNP _____ domiciliat/ă în
Arad, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____ ap. _____,
reprezentant legal (nume și prenume) _____,
beneficiază de indemnizația prevăzută de art.37 alin.(3) din Legea nr. 448/2006, cu
modificările și completările ulterioare:

în cont bancar : extras de cont, pe numele persoanei cu handicap, în cazul în
care aceasta este minoră extras de cont pe numele părintelui sau a reprezentantului
legal, anexat prezentei cereri;
sau

la casierie: unde poate fi ridicată de către reprezentantul legal în baza unei
împuterniciri (declarație notarială, procură, curatelă) sau de către titularul
indemnizației;

Nr. tel _____

Data

Semnătura

Notă:

- În cazul în care prezenta cerere nu are atașat extras de cont, plata indemnizației se va efectua la casieria instituției.
- Cererea completată olografic în format PDF și extrasul de cont se pot transmite on-line la adresa de e-mail: **resurse.umane@dasarad.ro**