CERERE

Solicitare concediul de odihnă - asistent personal

Domnule Director Executiv,

Subsemnatul(a) _____, cu domiciliul în localitatea _____ str. _____, nr. ____ bloc ____ scara ___ ap. __ județul _____ , număr telefon _____, **asistent personal al minorului** _____, persoană cu handicap grav - cu asistent personal, vă rog să îmi aprobați efectuarea concediului de odihnă aferent anului _____, începând cu data de _____, conform art.1 alin.(1) din H.G. nr.250/1992 privind concediile de odihnă și alte concedii ale salariaților din administrația publică, din regiile autonome cu specific deosebit și din unitățile bugetare, cu acordarea indemnizației prevăzută la art. 43 alin.(1) din Legea nr.448/2006 privind protecţia şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare, **minorului cu handicap grav - cu asistent personal** _____.

DATA:_____

SEMNĂTURA:

_____

	Marca	**Nume și prenume**	**Număr zile cuvenite**	**Număr zile acordate**	**Număr zile rămase**	**Valoare indemnizație**
AP						
PH						

Domnului Director Executiv al Direcției de Asistență Socială a Municipiului Galați

„Direcția de Asistență Socială a Municipiului Galați prelucrează datele cu caracter personal pe care le colectează respectând pe deplin drepturile persoanelor în cauză, în conformitate cu Regulamentul (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul General privind protecția datelor)”