Doamnă/Domnule Președinte,

Subsemnatul(a)……………………………………………………………………………………………………., cu domiciliul/reședința în localitatea (sat, comuna, oraș, municipiu)……….……………………………. sectorul/județul………………………str……………….…………………………….,nr…………………………………,

bl…….,sc…….,et……., ap……, codul poștal……………..actul de identitate: B.I./C.I. seria…….., nr……...., având CNP………………………….………………………., prin reprezentant legal (numele și prenumele)………….……………………………..., cu domiciliul/reședința în localitatea (sat, comuna, oraș, municipiu)………………..…….,sectorul/județul………………………..str.…………………………………, nr….…, bl…..., sc……, et……,ap….…, codul poștal…….…………, actul de identitate: B.I./C.I. seria………., nr. ……………….., având CNP. - - - - - - - - - - - - - - - - - - - , în calitate de tutore, potrivit actului …………………………………………, emis de ……………………………………..,

CONTEST

Certificatul. nr…………………….…...…din data…………..………………………...……….., eliberat de către Comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap din județul/sectorul………………………………………………….…., din urmatorul motiv:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Declar că am luat la cunoștință de prevederile art.12 alin.(3), respectiv ale art.13 alin.(4) din Regulamentul de organizare și funcționare a Comisiei Superioare de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, aprobat prin Ordinul președintelui Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități nr.**1048/2024**, conform cărora gradul de încadrare și valabilitatea de acordare ca urmare a soluționării contestației pot fi modificate, după caz, prin creștere sau descreștere, reprezentând decizia finală.

Data Semnătura

………………………………. ……………………………………

Durata medie de completare a formularului: 9 minute

Doamnei/Domnului președinte al Comisiei superioare de evaluare a persoanelor adulte cu handicap