

Doamnă/Domnule Președinte,

Subsemnatul(a), cu domiciliul/reședința în localitatea (sat, comună, 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, comună, oraș, municipiu), sectorul/județul, str. nr., bl., sc., et., ap., codul poștal, actul de identitate: B.I./C.I. seria nr., având CNP,

C O N T E S T

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Declar că am luat 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. 1.048/2024, conform căroră gradul de încadrare și valabilitatea acordate ca urmare a soluționării contestației pot fi modificate, după caz, prin creștere sau descreștere, reprezentând decizia finală.

Data

.....

Semnătura

.....

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