

**CERERE**  
**PENTRU TRANSPORT SPECIAL PERSOANE CU DIZABILITĂȚI**

Subsemnatul ..... , posesor al B.I. / C.I. seria ..... , nr ..... ,  
*Nume / Prenume*

cu domiciliul în .....  
*Oras / Strada / Număr*

cer conducerea Asociației Handicapaților Fizici jud. Harghita să aprobe transportul special pentru:

persoana cu dizabilitate ..... , handicap ..... \*bilet seria....., nr.....  
*Nume / Prenume* *Grav / Accentuat*

cu domiciliul în .....  
*Oras / Strada / Număr*

Plecare de la adresa: .....  
*Oras / Strada / Număr*

Sosire la adresa: .....  
*Instituția / Oras / Strada / Număr*

Plecare - Data: ..... Ora: ..... - ..... \*\*Sosire - Data: ..... Ora: ..... - .....  
*Ziua / Luna / Anul* *Ziua / Luna / Anul*

\*\*\*Însoțitor..... , B.I. / C.I. seria ..... , nr .....

\*\*\*\*Număr telefon: ..... (Persoana care completează cererea / Persoana care răspunde de veridicitatea datelor completate)

Data .....  
*Ziua / Luna / Anul*

-----  
\*Transportul se va efectua pe baza biletelor speciale de călătorie auto eliberat de D.G.A.S.P.C.HR

\*\*În cazul programărilor la spitale, analize, etc. menționați data și ora programării

\*\*\*Persoanele cu handicap grav se transportă doar cu însoțitor

\*\*\*\*Cererea este valabilă doar după confirmarea telefonică  
-----

Semnătura: .....