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 ……

CONTEST

Certificatul nr. ..... din data ....., eliberat de către Comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap din județul Iaşi 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 cărora 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