

**DECLARAȚIE,**

Subsemnatul(ă) \_\_\_\_\_ domiciliat(ă)

\_\_\_\_\_,  
persoană cu handicap conform *certificatului* nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_,  
declar pe proprie răspundere că \_\_\_\_\_ posesorul  
autoturismului cu *numarul* \_\_\_\_\_ este însoțitorul meu și mă deplasează  
la spital, medic, tratament și oriunde este nevoie.

Data,

Semnătura