

<b>Unitatea școlară</b>
_____
_____
NR. ____/____/____

<b>INSPECTORATUL ȘCOLAR AL JUDEȚULUI CONSTANȚA</b>
NR. ____/____/____

**Doamnă/Domnule Director,**

(cerere de întrerupere a activității didactice pentru creșterea copilului cu handicap în vârstă de până la 3 ani, conform prevederilor art. 255 alin (6) din Legea nr. 1 / 2100, cu modificările și completările ulterioare și a OUG nr. 111/2010, modificată și completată)

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, adresa \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, județul Constanța, titular/suplinitor pe postul / catedra de \_\_\_\_\_, de la unitatea școlară \_\_\_\_\_, din localitatea \_\_\_\_\_, județul Constanța, vă rog să-mi aprobați **întreruperea activității didactice pentru creșterea copilului cu handicap** în vârstă de până la 3 ani, conform prevederilor Legii nr. 1 /2011 și a OUG nr. 111/2010, începând cu data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ până la data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, dată la care copilul meu împlinește vârsta de 3 ani.

Anexez următoarele acte doveditoare (copie confirmată prin semnătură și ștampilă de directorul școlii):

1. Decizia de numire pe post
2. Certificatul de naștere al copilului
3. Certificatul de căsătorie / hotărâre judecătorească (în cazul modificării numelui)
4. Dovada medicală pentru copilul cu handicap
5. Declarația scrisă a soției/ soțului că nu beneficiază de aceleași drepturi.

Localitatea \_\_\_\_\_,  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Semnătura petentului(ei),

\_\_\_\_\_

Certificăm exactitatea datelor din prezenta cerere și răspundem de consecințele produse prin furnizarea unor date eronate.

Director,

Secretar,

\_\_\_\_\_  
(Numele și prenumele)

\_\_\_\_\_  
(Numele și prenumele)

\_\_\_\_\_  
(Semnătură și ștampilă)

\_\_\_\_\_  
(Semnătură)