

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul/a _____,

CNP _____, BI/CI Seria ____ Nr. _____, cu domiciliul în Craiova, Str. _____, Nr. _____, Bl. _____, Sc. _____, Et. _____, Ap. _____, beneficiar de indemnizație lunară conform Legii nr. 448/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, vă rog să-mi aprobați eliberarea unei adeverințe.

Menționez că adeverința îmi este necesară la

_____.

Data,

Semnătura,

**DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE DE
ASISTENTA SOCIALA A MUNICIPIULUI CRAIOVA**

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul(a) _____ domiciliat(ă) în municipiul Craiova, str. _____, nr.____, bl.____, sc.____, ap.____, jud. Dolj, posesor al B.I./C.I.seria____,nr.____, eliberat la data de _____ de către _____ persoană cu handicap grav, cu domiciliul _____ solicit efectuarea anchetei sociale, pentru a primi și ridica indemnizație lunară, conform Legii nr.448/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Data _____

Semnătura _____

DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE DE ASISTENTA SOCIALA A MUNICIPIULUI CRAIOVA

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul(a) _____ domiciliat(ă) în municipiul Craiova, str. _____, nr.____, bl.____, sc.____, ap.____, jud. Dolj, posesor al B.I./C.I.seria____,nr.____, eliberat la data de _____ de către _____ părinte/reprezentant legal al persoanei cu handicap grav _____, cu domiciliul _____ solicit efectuarea anchetei sociale, pentru a primi și ridica indemnizație lunară, conform Legii nr.448/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Data _____

Semnătura _____

DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE DE ASISTENTA SOCIALA A MUNICIPIULUI CRAIOVA

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul/a _____,

CNP _____, BI/CI Seria _____ Nr. _____, cu domiciliul în Craiova, Str. _____, Nr. _____, Bl. _____, Sc. _____, Et. _____, Ap. _____, beneficiar de indemnizație lunară, conform Legii nr. 448/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, vă prezint certificatul de handicap cu nr. _____ emis de către Comisia de Evaluare a Persoanelor cu Handicap pentru Adulți Dolj/Comisia pentru Protecția Copilului Dolj.

Telefon de contact: _____

Data,

Semnătura,

**DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE
DE ASISTENȚA SOCIALĂ A MUNICIPIULUI CRAIOVA**

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul(a) _____ domiciliat(ă) în
municipiul Craiova, str. _____, nr.____, bl.____,
sc.____, ap.____, jud. Dolj, posesor al B.I./C.I. seria _____, nr. _____, eliberat la
data de _____ de către _____
părinte/reprezentant legal al persoanei cu handicap
grav _____, optez pentru a primi și ridica
indemnizație lunară, conform Legii nr. 448/2006 republicată, cu modificările și
completările ulterioare, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu
handicap.

Telefon de contact: _____

Data _____

Semnătura _____

**DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE
DE SISTENTA SOCIALA A MUNICIPIULUI CRAIOVA**

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul(a) _____, domiciliat(ă) în municipiul Craiova, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, jud. Dolj, născut(ă) la data de _____, în localitatea _____, numele tatălui _____, numele mamei _____, posesor al B.I./C.I. seria _____, nr. _____, eliberat la data de _____ de către _____, persoană adultă cu handicap grav, conform certificatului nr. _____ din _____ emis de _____, optez pentru a primi indemnizația lunară, acordată conform prevederilor Legii nr. 448/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Telefon de contact: _____

Data _____

Semnătura _____

**DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE
DE ASISTENTA SOCIALA A MUNICIPIULUI CRAIOVA**

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul/a _____, CNP _____
_, BI/CI Seria _____ Nr. _____, cu domiciliul în Craiova,
Str. _____, Nr. _____, Bl. _____, Sc. _____, Et. _____,
Ap. _____, persoană cu handicap, vă rog să-mi aprobați eliberarea unei
adeverințe.

Menționez că adeverința îmi este necesară la

_____.

Data,

Semnătura,

**DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE DE
ASISTENȚA SOCIALĂ A MUNICIPIULUI CRAIOVA**

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul/a _____,
CNP _____, BI/CI Seria _____ Nr. _____, cu domiciliul în
Craiova, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____,
ap. _____, în calitate de _____ al/a persoanei cu handicap
_____ beneficiar/ă de indemnizație lunară conform
Legii nr. 448/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, solicit
încetarea/suspendarea/reluarea plății indemnizației lunare începând cu data
de _____ din următoarele motive:

_____.

_____.

Anexez în copie următoarele acte:

- _____
- _____
- _____.

Data _____

Semnătura,

**DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE
DE ASISTENTA SOCIALA A MUNICIPIULUI CRAIOVA**

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul/a _____,

CNP _____, BI/CI Seria__Nr._____, domiciliat/ă în Craiova,
Str._____, Nr.____, Bl.____, Sc.____, Et.____, Ap.____,
beneficiar de indemnizație lunară/reprezentant legal al persoanei cu handicap
grav _____ conform Legii nr. 448/2006 republicată, cu
modificările și completările ulterioare, vă rog să-mi aprobați
încetarea/suspendarea/reluarea plății indemnizației lunare începând cu data
de _____ din următoarele motive:

_____.

Data _____

Semnătura,

DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE
DE ASISTENTA SOCIALA A MUNICIPIULUI CRAIOVA