

## 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  
\_\_\_\_\_.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

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. \_\_\_\_\_, 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:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

**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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

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. \_\_\_\_\_,  
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

\_\_\_\_\_.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

**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.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

**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.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

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 \_\_\_\_\_, 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.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

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.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

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. \_\_\_\_\_,  
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: \_\_\_\_\_

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data,

Semnătura,

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