



CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI CRAIOVA
DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ CRAIOVA
CUI 36884072

Str. Eustațiu Stoenescu bl.T8,
parter Craiova, 200618

Tel./Fax: 0251437617
contact@spascraiova.ro



www.spascraiova.ro

CENTRUL RESPIRO PENTRU PERSOANE ADULTE CU DIZABILITĂȚI - STR. TABACI, NR. 3

Domnule Director General,

Subsemnatul/(a) _____, domiciliat/ă în _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, CNP: _____, legitimat/(ă) cu CI/BI, seria _____, nr. _____, în calitate de _____ al d-lui/d-nei _____, domiciliat/ă în _____, Str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, CNP: _____, legitimat/(ă) cu CI/BI, seria _____, nr. _____, prin prezenta, solicit acordarea serviciilor socio-medice în cadrul „Centrului de Tip Respiro pentru Persoane Adulte cu Dizabilitati pe o durată de (.....) _____ în intervalul _____

Motivul solicitării acordării serviciilor socio-medice:

Nr. telefon de contact _____

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

Data: _____

Semnătura: _____

ACTE NECESARE:

1. Original și Copie- acte de identitate și stare civilă- beneficiar ;
2. Original și Copie- acte de identitate- aparținător;
3. Copie- Certificat de încadrare în grad de handicap, aflat în termen de valabilitate;
4. Adeverință medic de familie cu istoricul bolilor;
5. Copie- Dispoziție/Hotărâre curator/tutore/reprezentant legal;