



CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI TIMIȘOARA
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ A MUNICIPIULUI TIMIȘOARA
Complexul de Servicii pentru Persoane Adulte cu Dizabilități
Bulevardul Regele Carol I, nr.10 Tel/fax. 0256/220583
e-mail: cc.handicap@gmail.com
„În slujba oamenilor”



Către

CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI TIMISOARA
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ A MUNICIPIULUI TIMIȘOARA
Complexul de Servicii pentru Persoane Adulte cu Dizabilități

Subsemnatul (a) _____ posesor/posesoare a
B.I./C.I seria _____, nr. _____ CNP _____ eliberat de

_____ cu domiciliul în localitatea _____

str. _____ nr _____ bl _____ sc _____, ap _____ telefon _____

în calitate de :

- membru de familie _____
- reprezentant legal _____
- reprezentant O.N.G. _____
al cărui membru este persoana cu handicap
- persoana cu handicap _____

Pentru:

Adultul _____ posesor al certificatului de încadrare în

grad de handicap nr. _____ / _____ cu domiciliul / reședința în Timișoara,

str. _____ nr. _____ bl _____ sc _____ ap _____

telefon _____

Solicit:

Eliberarea unei dovezi prin care se atestă că persoanei încadrate în grad de handicap, mai sus menționate, nu i s-a putut asigura protecția sau îngrijirea la domiciliu sau în cadrul altor servicii din comunitate.

DATA

SEMNATURA
