



CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI TIMIȘOARA
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ A MUNICIPIULUI TIMIȘOARA
Complexul de Servicii pentru Persoane Adulte cu Dizabilitati
Timisoara, Simion Barnutiu, nr.11, scara B, parter
Te. 0356/005188; 0256/205465; fax. 0256/225306
e-mail: cc.handicap@gmail.com
„În slujba oamenilor”



Anexa nr.4

Catre,
DIRECȚIA DE ASISTENȚA SOCIALĂ A MUNICIPIULUI TIMIȘOARA
Complexul de Servicii pentru Persoane Adulte cu Dizabilitati

Subsemnatul (a) _____ posesor/posesoară a
B.I./C.I seria _____, nr. _____ CNP _____ eliberat de
_____ cu domiciliul in localitatea _____
str. _____ nr _____ bl _____ sc _____, ap _____ telefon _____
in 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 incadrare in
grad de handicap nr. _____ / _____ cu domiciliul / reședința in Timișoara,
str. _____ nr. _____ bl _____ sc _____ ap _____
telefon _____

Solicit:

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

DATA

SEMNATURA
