

Nr \_\_\_\_\_ 802 \_\_\_\_\_

Către,

**DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI MEDICALĂ**  
**Serviciul Asistența Persoanelor cu Dizabilități**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_  
domiciliat(ă) în Cluj-Napoca, str. \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, solicit eliberarea unei adeverințe din care să reiasă ca  
beneficiez/nu beneficiez de indemnizația de handicap pentru copilul  
\_\_\_\_\_, încadrat în gradul grav  
de handicap.

Menționez că adeverința îmi este necesară la \_\_\_\_\_.

Telefon de contact: \_\_\_\_\_

**Cluj-Napoca,**

**Data**

**Semnătura,**