

Către,

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI MEDICALĂ
Serviciul Asistența Persoanelor cu Dizabilități

Subsemnatul(a) _____

domiciliat(ă) în Cluj-Napoca, str. _____,
nr. _____, ap. _____, sunt persoana cu handicap/reprezentant legal al
persoanei cu handicap _____ cu domiciliul în
Cluj-Napoca, str. _____, nr. _____, ap. _____,
solicit luarea în evidență în vederea eliberării **abonamentului pentru
transportul urban.**

De asemenea solicit:

- Un abonament nominal asistent personal

Nume, prenume _____ adresa _____

- Un abonament nenominal însoțitor.

Anexez prezentei: - copie certificat de incadrare in grad de handicap;

- copie act de identitate persoană cu handicap;

- copie act de identitate reprezentant legal.

Telefon de contact: _____

Cluj-Napoca,

Data

Semnătura,