

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,