

CĂTRE,
DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ,
MEDICALĂ ȘI COMUNITARĂ SEBEȘ

Subsemnatul(a) _____, domiciliat(ă)
în _____, strada _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____,
jud. _____, telefon _____ posesor/posesoare a C.I. seria _____, nr. _____,
în calitate de părinte/ reprezentant legal /tutore/ aparținător al copilului cu dizabilități
_____, CNP _____, cu vârsta de _____ ani și _____ luni, născut/născută la data de _____ în localitatea _____
jud. _____, legitimat(ă) cu certificatul de naștere seria _____ nr _____ emis
de _____, vă rog să îmi aprobați înscrierea copilului în cadrul **Centrului de
Zi pentru Copii cu Dizabilități** pentru _____.

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Declar pe propria răspundere și sub sancțiunile Codului penal că datele și informațiile prezentate sunt complete și corespund realității și mă oblig să aduc la cunoștință Direcției Generale de Asistență Socială, Medicală și Comunitară Sebeș, în scris și în termenul prevăzut de lege, orice modificare a situației prezentate care poate conduce la încetarea sau suspendarea serviciilor.

Prezentul document conține date cu caracter personal, acestea vor fi prelucrate numai în scopul pentru care au fost solicitate. Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate numai în scopul în care au fost solicitate.

Data,

Semnătura solicitant,