

Către,

**Direcția Generală de Asistență Socială, Medicală
și Comunitară Sebeș**

Subsemnatul(a) _____, domiciliat(a) în _____
str. _____ nr. _____, bl. _____ sc. _____ ap. _____ jud. _____,
telefon _____, posesor/posesoare a BI/CI seria _____ nr. _____ eliberat de
_____, la data de _____

CNP | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Declar că pentru subsemnatul (a) _____
domiciliat (a) în _____ str. _____ nr. _____
bl. _____ sc. _____ ap. _____ jud. _____ telefon _____
actul de identitate BI/CI seria _____ nr. _____ eliberat de _____
la data de _____
CNP | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
Am depus actele în calitate de _____

Solicit acordarea serviciilor oferite în cadrul **Centrului de Zi pentru Persoane Adulte cu Dizabilități**.

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

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

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,