

C Ă T R E,

PRIMĂRIA MUNICIPIULUI CÂMPIA TURZII

Subsemnatul(a) _____ domiciliat(ă)
în _____ str. _____ nr. _____ bl. _____
ap. _____, posesor (are) al BI /CI seria _____ nr. _____ eliberat de
_____ la data de _____, în calitate de

- a) Persoană cu handicap
- b) reprezentant legal;
- c) aparținător;
- d) persoana care are în îngrijire și întreținere un adult cu handicap;

prin prezenta vă rog să sistați plata indemnizației lunare pentru persoana cu handicap
_____ începând cu data de _____,
având în vedere noua reședință a persoanei cu handicap în localitatea _____.

Vă mulțumesc.

Anexez copie carte de identitate cu noul domiciliu/ reședință.

Nr. telefon: _____

Câmpia Turzii

Semnătura

Data: _____
