

C Ă T R E,  
PRIMĂRIA MUNICIPIULUI CÂMPIA TURZII

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

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

prin prezenta vă rog să sistați plata indemnizației lunare pentru persoana cu handicap grav \_\_\_\_\_, începând cu data de \_\_\_\_\_.

Începând cu data de \_\_\_\_\_ solicit angajarea pe postul de asistent personal al persoanei cu handicap grav pe domnul/doamna \_\_\_\_\_, cu domiciliul în \_\_\_\_\_ strada \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_.

Vă mulțumesc.

Nr. telefon: \_\_\_\_\_

Câmpia Turzii

Semnătura

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_