

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
reprezentant legal al minorului _____,
persoană cu handicap grav, vă rog să sistați plata indemnizației lunare pentru persoana cu
handicap 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: _____
