

Către,

Direcția de Asistență Socială Brașov
Serviciul Asistență Socială pentru Persoanele cu Dizabilități

Subsemnatul/a _____

CNP _____, cu domiciliul/reședința situat/ă în
 _____, str. _____ nr. _____, bl. _____,sc.
 _____,ap. _____, prin prezenta vă aduc la cunoștință că d-na/dl.
 _____, persoană cu handicap grav, a decedat la data
 de _____

Telefon _____

Alăturat anexez următoarele acte (copie xerox, după caz):

Anexez copia actului de deces nr. _____/_____ .

CI/BI seria _____ nr. _____

Nr. Dosar _____

Data _____

Semnătura _____

4B

Către,

Direcția de Asistență Socială Brașov
Serviciul Asistență Socială pentru Persoanele cu Dizabilități

Subsemnatul/a _____

CNP _____, cu domiciliul/reședința situat/ă în
 _____, str. _____ nr. _____, bl. _____,sc.
 _____,ap. _____, prin prezenta vă aduc la cunoștință că d-na/dl.
 _____, persoană cu handicap grav, a decedat la data
 de _____

Alăturat anexez următoarele acte (copie xerox, după caz):

Anexez copia actului de deces nr. _____/_____ .

CI/BI seria _____ nr. _____

Telefon _____

Nr. Dosar _____

Data _____

Semnătura _____