

2C

Către,
Direcția de Asistență Socială Brașov
Serviciul Prestații Sociale

Subsemnatul/a _____

CNP _____, cu domiciliul în Brașov, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, în calitate de _____ prin prezenta solicit ridicarea indemnizației lunare, aferentă lunii _____ cuvenită dlui/dnei _____ persoană cu handicap grav, în quantum de _____, decedat/ă la data de _____

Telefon _____

Alăturat anexez în copie următoarele acte :

- certificat deces nr. _____ / _____
- BI/CI seria _____, nr. _____

Data _____

Semnătura _____

2C

Către,
Direcția de Asistență Socială Brașov
Serviciul Prestații Sociale

Subsemnatul/a _____

CNP _____, cu domiciliul în Brașov, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, în calitate de _____ prin prezenta solicit ridicarea indemnizației lunare, aferentă lunii _____ cuvenită dlui/dnei _____ persoană cu handicap grav, în quantum de _____, decedat/ă la data de _____

Telefon _____

Alăturat anexez în copie următoarele acte :

- certificat deces nr. _____ / _____
- BI/CI seria _____, nr. _____

Data _____

Semnătura _____