

2C

**Către,
Direcția de Asistență Socială Brașov
Serviciul Prestații Sociale**

Subsemnatul/a _____
CNP _____, cu domiciliul situat 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
cuantum de _____, reprezentând mandat retur.

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 situat 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
cuantum de _____, reprezentând mandat retur.

Telefon _____

Alăturat anexez în copie următoarele acte :

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

Data _____

Semnătura _____