

**DIRECTIA GENERALA DE ASISTENTA SOCIALA SI PROTECTIA
COPILULUI GALATI
DIRECTIA PENTRU ASISTENTA SOCIALA A PERSOANELOR ADULTE
STR. EROILOR NR. 34
TEL./FAX: 412731**

Doamna Director ,

Subsemnatul (a) _____
domiciliat in localitatea _____ str. _____ nr.
_____ bl. _____ sc. _____ ap. _____ judetul (sectorul) _____
nascut la data _____ in localitatea _____
prenumele tatalui _____ prenumele mamei
_____ posesor al B.I./C.I. seria _____
numarul _____ eliberat la data de _____ de catre
_____ persoana cu handicap asimilabila gradului
_____ conform certificatului (deciziei) nr. _____ din
_____ emis de Comisia de Evaluare a Persoanelor cu Handicap
pentru Adulti Galati/Comisia Superioara de Evaluare a Persoanelor cu
Handicap pentru Adulti Bucuresti, , solicit sa fiu luat in evidenta in vederea
acordarii drepturilor stabilite de legea Legea 448/2006 privind protectia si
promovarea drepturilor persoanelor cu handicap cu modificarile si
completarile ulterioare, republicata.

Data _____

Semnatura _____