

DIRECTIA GENERALA DE ASISTENTA SOCIALA SI PROTECTIA COPILULUI - GALATI
Str.Brailiei Nr.138 B, GALATI
Serviciul de Relatii Publice si Prestatii Sociale Persoane cu Handicap

NR. _____
Se aproba,
Director General Adjunct,

Doamna Director,

Subsemnatul (a) _____ domiciliat
in localitatea _____ str. _____ nr. _____
bl. _____ sc. _____ ap. _____ judetul Galati , nascut la data _____ in localitatea
_____ prenumele tatalui _____
prenumele mamei _____ posesor al B.I./C.I. seria
_____numarul _____ eliberat la data de _____ de catre
_____ reprezentant legal al persoanei cu handicap / persoana cu handicap

_____ asimilabila gradului _____, conform certificatului (deciziei)
nr. _____ din _____ emis de Comisia de Evaluare a Persoanelor cu Handicap
pentru Adulti Galati /Comisia pentru Protectia Copilului 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 Nr. 448/2006 privind protectia si
promovarea drepturilor persoanelor cu handicap cu modificarile si completarile
ulterioare.

Completat de _____ avand CNP _____,
in calitate de _____.

Data _____ **Semnatura** _____

**Doamnei Director General Adjunct al Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția
Copilului Galati**