

La data de |__|__|__|__|__|__|__|
(z z) (l l) (a a a a)

Domiciliul/Date de contact:

Strada |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nr. |__|__|__| Bl. |__|__|__| Sc. |__| Et. |__| Apart. |__|__|__|

Sector |__| Localitatea |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Județ |__|__|__|__|__|__|__| Telefon |__|__|__|__|__|__|__|

Încadrat(ă) în grad de handicap conform certificatului nr.

|__|__|__|__|__|__|__|__|

emis la data de |__|__|__|__|__|__|__|

(z z) (l l) (a a a a)

în vederea renunțării la acordarea prestațiilor sociale prevăzute de Legea nr. 448/2006, republicată cu modificările și completările ulterioare

Data

Numele solicitantului

Semnătura