

CERERE

Subsemnatul(a).....domiciliat(ă) în.....,
str....., nr....., bl....., sc....., et....., ap....., legitimat(ă) cu B.I./C.I.
seria....., nr....., emis de....., în calitate de.....,
al/a domnului/doamnei....., domiciliat(ă) în.....,
str....., nr....., bl....., sc.....,et....., ap....., legitimat(ă) cu
B.I./C.I. seria....., nr....., emis de....., CNP.....,
vă rog să aprobați **evaluarea inițială** a domnului/doamnei.....,
în vârstă de.....ani la Centrul de Zi Alzheimer (CZA), din următoarele
motive:.....
.....
Tel. contact.....

Anexez la prezenta cerere următoarele:

- Copie certificate de încadrare în grad de handicap (după caz)
- Copie B.I. și certificat de naștere
- Copie după ultimul talon de pensie

Data

Semnătura