

nr.....din.....

CĂTRE,

SERVICIUL DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ SPECIALIZATĂ

SUBSEMNATUL/A _____

DOMICILIAT/Ă ÎN _____, STR. _____, NR. _____, BL. _____, SC. _____, AP. _____, TELEFON _____ POSESOR AL B.I./C.I. SERIA _____ NR. _____, CNP _____
PERSOANĂ VÂRSTNICĂ ÎN VÂRSTĂ DE _____ ANI, AVÂND DIAGNOSTICUL DE _____,

SOLICIT ACORDAREA DREPTULUI DE A FRECVENTA CENTRUL DE ZI PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE, POTRIVIT LEGII 17/2000 – PRIVIND ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE.

ACTE NECESARE:

- COPIE ACT DE IDENTITATE;
- ULTIMUL CUPON DE PENSIE;
- CONTRACT PRIVIND SITUAȚIA LOCATIVĂ;
- ADEVERINȚĂ ELIBERATĂ DE CĂTRE MEDICUL DE FAMILIE DIN CARE SĂ REZULTE FAPTUL CĂ PERSOANA VÂRSTNICĂ NU SE AFLĂ ÎN EVIDENȚE CU BOLI INFECTO-CONTAGIOASE
- ADEVERINȚĂ ELIBERATĂ DE CĂTRE MEDICUL PSIHIATRU DIN CARE SĂ REZULTE FAPTUL CĂ PERSOANA VÂRSTNICĂ NU SE AFLĂ ÎN EVIDENȚE CU BOLI PSIHICE ȘI POATE FRECVENTA COLECTIVITATEA.

Semnatura,