



---

---

SERVICIUL PROTECȚIA COPILULUI

**CERERE**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ domiciliat/ă  
în \_\_\_\_\_  
legitimat/ă cu \_\_\_\_\_ seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_,  
telefon \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, în calitate de reprezentant legal  
al minorului/ei \_\_\_\_\_, solicit să  
particip împreună cu minorul/minora la activități de consiliere/consultanță/psihoterapie  
individuală/de grup/colectivă în cadrul Direcției de Asistență Socială Brăila.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

1. Durata medie de completare a formularului este de 3m:21s:22 sutimi de secundă
2. Motivul colectării informației: acordarea serviciului social de consiliere psihologică.