



---

SERVICIUL EVIDENTA PERSOANE CU DIZABILITATI

**DOAMNĂ DIRECTOR,**

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în Brăila,  
str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap \_\_\_\_\_,  
legitimat cu C.I./B.I./C.I.P. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_ la  
data de \_\_\_\_\_, în calitate de \_\_\_\_\_ al persoanei cu handicap  
grav \_\_\_\_\_, vă rog să-mi aprobați schimbarea  
titularului indemnizației lunare conform actelor atașate prezentei cereri.

Data:

\_\_\_\_\_

Nume și prenume, semnătura

\_\_\_\_\_

Telefon contact: \_\_\_\_\_

Durata medie de completare a cererii este de 2 minute

Motivul colectării informației - schimbare titular acordare indemnizație lunară