



SERVICIUL EVIDENȚĂ PERSOANE CU DIZABILITATI

DOAMNĂ DIRECTOR

Subsemnatul (a) _____, domiciliat (ă) în Brăila,
str. _____, nr _____, bl _____, sc. _____, ap _____,
legitimat(ă) cu C.I./B.I./C.I.P. seria _____, nr. _____, eliberat de
_____, la data de _____ va aduc la cunostinta decesul
persoanei cu handicap grav _____ la data _____,
conform certificatului de deces seria _____ nr. _____.

Mentionez ca persoana cu handicap grav era beneficiara de :

- asistent personal
- indemnizatie de insotitor

DATA:

Nume și prenume, semnătura

Telefon contact: _____