**Biroul de Asistență Socială**  Nr**.** Intregistrare............./..............

**Cerere pentru solicitarea de servicii medicale**

Subsemnata/subsemnatul…………………...............................…………............................

reprezentant legal al minorului..........................................................................................................

* domiciliat legal (adresa din CI):

în localitatea........................................................str................................................

nr..............bl............sc.............etaj..................ap...............sector......

* domiciliat în fapt (adresa prezentă):

 în localitatea......................................................str................................................

nr..............bl............sc.............etaj..................ap...............sector......

* posesor al BI/CI/PA/CN seria…………..nr………….. cu CNP (completare în căsuțe):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

vă rog să–mi acordați servicii........................................................ în cadrul Centrului de Sănătate Multifuncțional ,,Sfântul Nectarie” din Bulevardul Uverturii nr. 81, sector 6.

**Declar următoarele:**

* Suma veniturilor pe care le realizez lunar este în cuantum de:
* Numărul de telefon la care pot fi contactat/ă este:
* Beneficiez de următoarele servicii sociale: ……………………………………………………...

............................................................................................................................................................ oferite de către Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 6 prin intermediul Serviciului……………………………………………………………………………...

Data:

 Nume …………………………………..

Semnătura…………………………….....