Nr. înregistrare D.G.A.S.P.C. Timiș_____

Nr. înregistrare S.M.C.A_____

CERERE DE ÎNVOIRE
DIN CENTRELE REZIDENȚIALE PENTRU PERSOANE ADULTE CU HANDICAP DIN SUBORDINEA DGASPC TIMIȘ

Către
Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap Timiș,

Subsemnatul(a)_____, domiciliat(ă) în_____, str._____, posesor al B.I/C.I seria____, nr._____(SE COMPLETEAZĂ DE CĂTRE SOLICITANT) , în calitate de

- persoana cu handicap gradul_____, conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr. _____, din data_____, emis de către C.E.P.A.H., județ _____/ C.S.E.P.A.H, telefon_____.

- reprezentant legal (părinte, tutore, curator)/aparținător (soț, soție, copil, alt) (SE ÎNCADREAZĂ SAU SE COMPLETEAZĂ DUPĂ CAZ)_____/reprezentant Primărie_____(SE COMPLETEAZĂ NUMELE PRIMĂRIEI) / Şef centru_____(SE COMPLETEAZĂ NUMELE CENTRULUI ŞI AL ŞEFULUI DE CENTRU), al persoanei cu handicap _____, gradul _____, conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr. _____, din data_____, emis de către C.E.P.A.H _____/C.S.E.P.A.H., domiciliată în_____, tel. _____, posesor al B.I/C.I seria_____, nr._____, CNP_____, emis de _____, la data de _____ (SE COMPLETEAZĂ CU DATELE PERSOANEI CU HANDICAP ÎN CAUZĂ, ADULT),

prin prezenta solicit învoirea pentru o perioadă mai mare de 30 zile din centrul_____ ,pentru o perioadă determinată / nedeterminată de la data de _____până la data de _____din următoarele motive (descrierea clară a motivului)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Data_____ Semnătura solicitantului_____

(PERSOANA CU HANDICAP/REPREZENTANT LEGAL/APARȚINĂTOR/ ŞEF CENTRU