



CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI BRAȘOV

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ BRAȘOV

Str. Panselelor nr. 23, Brașov 500419, cod fiscal 14206842 | www.dasbv.ro | dasbv@dasbv.ro
Telefon: +40 (368) 469 995 | +40 (368) 465 415 | +40 (368) 464 081, Fax: +40 (368) 464 083



CENTRUL DE ZI DE RECUPERARE PENTRU COPII CU DIZABILITĂȚI

CERERE

Subsemnatul/a _____, domiciliat în localitatea _____, strada _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, tel. _____, e-mail _____ CNP _____, B.I./C.I seria. _____ nr. _____, în calitate de _____ al copilului _____, născut/ă la data de _____, având CNP _____, elev/elevă la _____, solicit aprobarea oferirii pentru copil a următoarelor servicii sociale în cadrul Centrului de zi de recuperare pentru copii cu dizabilități:

Data,

Semnătura,

Anexez prezentei următoarele documente:

- certificatul de naștere a copilului sau actul de identitate (copie);
- actul de identitate a părintelui/reprezentantului legal(copie);
- certificatul de încadrare în grad de handicap al copilului
- Planul de abilitare/ reabilitare;
- acordul privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

Durata de completare: 10 minute

Motivul colectării informației: Conform prevederilor Ordinului nr. 27/2019 Modulul I, S 2.2 privind procedura de admitere