



CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI ORȘOVA  
JUDEȚUL MEHEDINȚI  
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ  
str. Porțile de Fier, nr. 32, loc. Orșova, cod 225200  
E-mail- spas\_orsova@yahoo.com  
TEL./FAX 0252-360663  
Tel. 0252-362449  
Web: www.dasorsova.ro  
Nr.                      din

***Doamnă Director ,***

Subsemnatul/a.....domiciliat/ă                      în  
.....jud.....str.....  
....., nr....., bloc....., ap....., posesor/e al/a B.I/C.I. seria.....,  
nr.....CNP....., prin prezenta vă rog să-mi aprobați  
acordarea de servicii psihologice (consiliere psihologică) pentru fiul meu/ fiica mea minor/ă  
.....

Data

Semnătura

**Doamnei Director executiv al Direcției de Asistență Socială Orșova**