

CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI ORSOVA
JUDETUL MEHEDINTI
DIRECTIA DE ASISTENTA SOCIALA
str. Portile de Fier, nr. 32
tel./fax: 0252/360663
tel. 0252362449
Nr. din

CONSIMȚĂMÂNTUL PERSOANEI VÂRSTNICE PRIVIND ACORDAREA
DE MĂSURI DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Subsemnatul/a, născut/ă la data de
....., în localitatea....., cu domiciliul
în....., str. nr.....
bl., sc., ap....., CNP....., identificat cu actul
de identitateseria.....nr.....eliberat de

Telefon.....

Prin prezenta sunt/nu sunt de acord cu evaluarea si acordarea unor măsuri de
asistență socială pentru a depăși situația dificilă în care mă regăsesc.

Data

Semnătura

Domnei director executiv a Direcției de Asistență Socială Orsova