



**CĂTRE,
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ALBA IULIA**

Subsemantul(a) _____ C.N.P. _____
domiciliat(ă) în _____ str. _____ nr. _____ bl. _____ ap. _____ prin
prezenta va aduc la cunostință decesul doamnei/domnului
_____, persoană cu handicap grav, în
vederea încetării indemnizației.

Alba Iulia,

Semnătura,