



Nr...../.....

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

Subsemantul(a) _____ C.N.P. _____
domiciliat(ă) în _____ str. _____ nr. _____ bl. _____ ap. _____ prin
prezenta solicit încetarea indemnizației pentru doamna/domnul
_____ CNP _____ , persoană cu
handicap grav, domiciliat(ă) în _____
motivul _____

Alba Iulia,

Semnătura,