ROMÂNIA

JUDEŢUL ARAD

ORAȘUL CURTICI

315200 - Curtici str. Primăriei nr 47, jud. Arad, tel.0257/464004, fax 0257/464130

E-mail:secretariat@primariacurtici.ro

*DIRECȚIA DE ASISTENŢĂ SOCIALĂ*

*CENTRUL DE ZI DE ASISTENȚĂ ȘI RECUPERARE*

Str. HORIA, Nr. 1/C, ap. 1, Tel. 0257206362/0733552470

E-mail: centruldezipv@primariacurtici.ro

 AVIZAT,

 DIRECTOR EXECUTIV

Nr. Reg.

**CERERE DE PRELUNGIRE A ASISTĂRII ÎN CADRUL C.Z.A.R.**

1. **DATE PERSONALE SOLICITANT:**

NUME/PRENUME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA NAȘTERII\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_VÂRSTA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ANI

STARE CIVILĂ: căsătorit necăsătorit despărțit în fapt divorțat văduv

ACT IDENTITATE: TIP ACT CI BI PA SERIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIUL: - CF CI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ÎN FAPT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 TELEFON: FIX\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MOBIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **PERSOANA DE CONTACT ÎN CAZ DE NECESITATE**

NUME/PRENUME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIUL: - CF CI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ÎN FAPT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 TELEFON: FIX\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MOBIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 prin prezenta solicit prelungirea acordării de servicii sociale în cadrul ***Centrului de Zi de Asistență și Recuperare*– Direcția de Asistență Socială / Primăria** **Curtici**. Declar că îndeplinirea condițiilor de eligibilitate este demonstrată în conformitate cu documentele puse la dispoziția personalului C.Z.A.R, în cadrul procesului de reevaluare a cazului, și că voi colabora adecvat cu membrii echipei multidisciplinare în procesul de acordare a serviciilor aferente cazului meu.

Motivele care stau la baza prezentei solicitări sunt:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Semnatura solicitant**

**Dată și semnată în prezența mea:**

**ȘEF C.Z.A.R**

**AS. SOCIAL**

**HERPAI CODRUȚA FLORENTINA**