



CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI DORHOI  
DIRECTIA DE ASISTENTA SOCIALA

Str. Ștefan cel Mare nr. 43, Dorohoi, Botosani, 715200  
[www.dasdorohoi.ro](http://www.dasdorohoi.ro)

Tel: +40(231)617813  
Fax: +40(231)617813  
Email: [das@dasdorohoi.ro](mailto:das@dasdorohoi.ro)

Nr. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Se aprobă,  
Director  
ec. Radu Dan Surdu

Domnule Director,

Subsemnatul / Subsemnata \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în mun. Dorohoi, str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_, județul Botoșani, legitimat cu BI/CI seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_ reprezentat de d-nul/d-na/ \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în mun. Dorohoi, jud. Botoșani, posesor/posesoare, al/a, BI/CI, Seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_ eliberat(ă) la data de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, prin prezenta solicit acordarea de servicii de asistență medicală comunitară prin Centrul Comunitar Integrat.

**Anexez următoarele documente la dosar(se bifează):**

- Acte de identitate al beneficiarului (certificat de naștere/carte de identitate);
- Acte medicale ( bilete de ieșire din Spital, adeverințe medicale sau Certificat medical eliberat de medicul specialist);
- Venituri reprezentant legal (cupon pensie, adeverințe de venit );
- Certificat de handicap ( unde este cazul) ;

Nr. telefon \_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Semnătura

\_\_\_\_\_

Domnului Director al Direcției de Asistență Socială Dorohoi