

CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI ZALAU
Direcția de Asistență Socială Comunitară
Nr...../.....

CERERE

Subsemnatul/a....., domiciliat/a în mun. Zalău,
nr....., str....., bl....., sc.....,
ap....., județul Sălaj, legitimat cu B.I./C.I. seria....., nr.....,
născut la data de, vă rog să-mi aprobați
acordarea **indemnizației** prevăzută la Legea 519/2002 pentru aprobarea
O.U. nr. 102/1999 privind protecția și încadrarea în muncă a persoanelor cu
handicap, pentru mine/fiul/fiica mea....., fiind
încadrat/ă în gradul I de handicap, conform prezentului Certificat medical
nr.....din data de.....

În sprijinul cererii mele anexează următoarele acte:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Alte mențiuni:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Zalău.....

Semnătura