CERERE de solicitare a transferului în alt județ a prestației sociale și a dosarului medical

Subsemnatul/a ....., domiciliat/ă în localitatea ....., strada: ....., numărul: ....., blocul: ....., apartamentul: ..... județul: ....., posesor/oare al/a BI/CI, seria: ....., numărul: ....., eliberat la data: ....., de către: ....., CNP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| , Telefon: ....., în calitate de persoană cu handicap, solicit transferul prestației sociale și a dosarului medical, motivat de: .....
.....
.....
.....
.....
.....

Anexez la cerere următoarele documente:

-
-
-

Data: .....

Semnătura: .....