**CERERE**

**privind acordarea serviciilor în cadrul Policlinicii Sociale**

Subsemnatul ............................................................................................................................. domiciliat

în ............................................................................................................................................, identificat cu B.I./C.I. seria........, nr.............., eliberat de către.........................................., având CNP ...................................................., numărul de telefon ........................................., vă rog să aprobaţi cererea privind acordarea serviciilor în cadrul Policlinicii Sociale.

Ataşez prezentei următoarele documente justificative:

* + \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( \_\_\_\_ file)
	+ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( \_\_\_\_ file)

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEMNĂTURA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*DOAMNEI DIRECTOR GENERAL AL DIRECŢIEI GENERALE DE ASISTENŢĂ SOCIALĂ A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI*

\*Timpul estimat de completare a formularului este de 2 minute,

Colectarea și prelucrarea datelor dumneavoastră cu caracter personal prezente în formular și în documentele atașate, se realizează doar în scopul soluționării prezentei cereri, în condițiile legii.