**Nr. data**

***Către,***

***Centrul Multifuncțional Social Ostrovului, Centru de zi pentru adulți cu dizabilități intelectuale***

 Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_domiciliat(ă) în localitatea Satu Mare, str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr.\_\_\_\_\_, tel­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, posesor al BI/CI seria\_\_\_\_\_\_, nr.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, eliberat la data de\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de către\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_în calitate de\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prin prezenta solicit admiterea în Centrul de zi pentru adulți cu dizabilități intelectuale al numitului(ei)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, născut(ă)la data de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în jud.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mun.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Anexez prezentei:**

 - acte de identitate(BI/CI) și stare civilă ale beneficiarului;

- act de identitate al reprezentantului legal (copie);

- sentință civilă/dispoziție primar desemnare reprezentant legal (copie);

- copia certificatului de încadrare în grad de handicap, în termen de valabilitate;

- scrisoare medicală de la medicul psihiatru sau medicul de familie, din care să reiasă diagnosticul și tratamentul;

- adeverință medicală de la medicul de familie din care să reiasă aptitudinea de a frecventa colectivitatea și care să specifice că nu suferă de boli psihice ce necesită îngrijire medicală de specialitate, afecţiuni neurologice (schizofrenie, etc.) precum şi că nu este purtător de boli infecto – contagioase sau dermato – venerice (TBC, hepatită epidemică, etc);

- adeverință de venit/cupon de pensie pentru solicitant;

- declarație privind însoțirea beneficiarului la venirea și plecarea acestuia din centru;

- acordul scris în vederea utilizării imaginii și a datelor cu caracter personal.

 Data : Semnătura,

 (Reprezentant legal/ părinte)