



ORAȘUL LIPOVA

315400 Lipova, jud. Arad – România, str. Nicolae Bălcescu, nr.26, tel. +40-257-561133, fax: +40-257-563067
www.primarialipova.ro, contact@primarialipova.ro

Nr. _____

**Către,
Primăria orașului Lipova**

Subsemnatul /a _____, domiciliat(ă) în
loc. _____, str. / sat _____, nr. _____, bl. _____, sc.
_____, apt. _____, județul Arad, posesor al B.I./C.I. seria _____ nr. _____,
eliberat de SPCLEP/Pol. _____ la data de _____,

Solicit **angajarea ca asistent personal** la Primăria orașului Lipova pentru
acordarea de îngrijire, supraveghere și ajutor pentru numitul/a
_____, persoană cu handicap încadrată în gradul
de handicap GRAV CU ASISTENT PERSONAL conform certificatului medical nr.
_____ din data de _____ eliberat de Comisia de evaluare
complexă a persoanelor cu handicap – adulți / copii.

Termenul de valabilitate al certificatului medical este

Semnătura,
