

de la: _____

domiciliat/ă pe adresa:

or. Cricova, str. _____

tel. de contact: _____

C E R E R E

Subsemnata/ul _____ solicit eliberarea
Confirmării pentru acordarea asistenței financiare de protezare dentară persoanelor din
grupurile social-dezavantajate din or. Cricova, pentru a fi prezentată **IM Centrul
Stomatologic Municipal Chișinău.**

„_____” _____ 2025

(semnătura)

Acte anexate la cerere:

- Copia buletinului de identitate ____ file;
- Copia legitimației de pensionar ____ file;
- Copia actului ce confirmă gradul de dizabilitate ____ file;
- Concluzia medicală stomatologică ____ file;
- Alte acte, ce identifică persoana (familia) solicitantă ____ file.

Prin prezenta semnătură îmi exprim acordul privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către specialiștii primăriei prin consimțământ liber și fără rezerve în scopurile și limitele legii.

(semnătura)