

Către,

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ARAD
Serviciul Prestații Sociale

Subsemnatul(a) _____, domiciliat(ă) în
mun. Arad, str. _____, nr. _____, bl. _____,
sc. _____, ap. _____, B.I./C.I. seria _____ nr. _____.

Solicit eliberarea unei adeverințe din care să rezulte că, **NU BENEFICIEZ** __ /
BENEFICIEZ __ de ajutor social, având dosar nr. _____ din _____.

Adeverința îmi este necesară la _____.

Motivul pentru care nu beneficiaz de ajutor social: _____

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi utilizate și prelucrate în
conformitate cu prevederile Regulamentului European (UE) nr. 2016 / 679 27.04.2016.

Arad, _____

Semnătura _____