



ROMÂNIA  
JUDEȚUL HUNEDOARA  
CONSILIUL LOCAL AL ORAȘULUI SIMERIA  
Direcția de Asistență Socială Simeria

335900, Simeria, Piața Unirii Bl.5 Parter, tel. 0254262076, fax. 0254262518  
e-mail: [spas.simeria@gmail.com](mailto:spas.simeria@gmail.com), site: [www.primariasimeria.ro](http://www.primariasimeria.ro)

Nr. .... / .....

Se aprobă  
Director executiv DAS

Către,

**Centrul de consiliere și sprijin pentru părinți și copii Simeria**  
**Cerere de încetare a acordării serviciilor sociale**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_,  
născut(ă) la data de \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în localitatea \_\_\_\_\_,  
str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_,  
județul \_\_\_\_\_, posesor(are) al actului de identitate \_\_\_\_\_, seria \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, în calitate de părinte/ tutore/ reprezentant legal  
al minorului \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_,  
vă rog să aprobați încetarea acordării serviciilor sociale minorului susmenționat la *Centrul de zi  
pentru consiliere și sprijin pentru părinți și copii Simeria*.

Părinte/ reprezentant legal:

\_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Minor (vârsta peste 10 ani):

\_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_