

CENTRUL MULTIFUNCȚIONAL DE SERVICII SOCIALE GALAȚI
Agenția de Servicii Sociale Comunitare „ALTERNATIVA”
Str. Basarabiei, nr. 26, Galați
Tel./Fax: 0236 479 425

Doamna Responsabil Centru,

Subsemnatul/a.....cu domiciliul în
Galați, str....., nr....., bl....., ap....., în calitate de
reprezentant legal al minorului.....beneficiar

al serviciilor: **ergoterapie;**

kinetoterapie;

logopedie;

psihologice;

din cadrul Agenției de Servicii Sociale Comunitare „Alternativa” solicit întreruperea
serviciilor medico-sociale pe perioadă nedeterminată.

Vă mulțumesc!

Data,

Semnătura,

Doamnei Responsabil Centru

CENTRUL MULTIFUNȚIONAL DE SERVICII SOCIALE GALAȚI
Agenția de Servicii Sociale Comunitare „ALTERNATIVA”
Str. Basarabiei, nr. 26, Galați
Tel./Fax: 0236 479 425

Doamna Responsabil Centru,

Subsemnatul/a.....cu domiciliul în
Galați, str....., nr....., bl....., ap....., în calitate de
reprezentant legal al minorului.....beneficiar

al serviciilor: **educaționale;**

recreative;

acordarea mesei de prânz;

ergoterapie;

kinetoterapie;

logopedie;

psihologice.

din cadrul Centrului De Zi „Prietenii Școlii”, Agenția de Servicii Sociale Comunitare
„Alternativa” solicit întreruperea serviciilor medico-sociale pe perioadă
nedeterminată.

Vă multumesc!

Data,

Semnătura,

Doamnei Responsabil Centru