

**Domnule Primar,**

Subsemnatul/Subsemnata ....., cu domiciliul în municipiul Deva, strada ....., nr. ...., bloc ....., scară ....., apartament ....., posesor al C.I./B.I. seria ....., nr. ...., eliberat de ....., la data de ....., CNP ....., reprezentant legal/curator/tutore, conform actului nr. ...., al domnului/doamnei ....., bolnav(ă) cu handicap grav, conform Certificatului de încadrare în grad de handicap nr. ...., în conformitate cu prevederile Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare, vă rog să-mi aprobați prelungirea indemnizației lunare pentru persoana cu handicap grav.

**Data**

.....

**Semnătura,**

.....