



CONSILIUL LOCAL SECTOR 2

DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI
PROTECȚIA COPILULUI SECTOR 2

Anexa nr. 6a la Regulamentul privind implementarea Programului „FIV pentru Sectorul 2”

**Cerere de retragere din cadrul Programului „FIV pentru sectorul 2”,
din motive medicale**

Subsemnatul(a),, identificat(ă) cu C.I. seria nr., eliberată de
....., la data de, C.N.P., domiciliat(ă) în
...../cu reședința, telefon, email
.....,

Subsemnatul(a),, identificat(ă) cu C.I. seria nr., eliberată de
....., la data de, C.N.P., domiciliat(ă) în
...../cu reședința, telefon, email
.....,

solicit/solicităm retragerea, conform Regulamentului, din cadrul Programului „FIV pentru Sectorul 2”.

Menționez/menționez că motivul retragerii este justificat medical și dovedit cu următoarele documente,
anexate prezentei:

-
-

Semnătură/Semnături:	Data