

*DOMNUL/DIRECTOR,*

Subsemnatul

(a)

\_\_\_\_\_, CNP

\_\_\_\_\_, domiciliat (ă) în \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, posesor (are) al (a) B.I./C.I./C.I.P., Seria \_\_\_\_\_, Nr. \_\_\_\_\_, în calitate de reprezentant legal – în grila de evaluare medico-socială – al / a domnului / doamnei \_\_\_\_\_, cu domiciliul în \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, cu respect vă rog a-mi aproba internarea, cu programare, în Unitatea de Asistență Medico-Socială Șuici, din motive medicale, sociale, altele.

DATA:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEMNĂTURA:

\_\_\_\_\_

*DOMNUL/DIRECTOR  
AL U.A.M.S. ȘUICI,*