



ROMÂNIA
JUDEȚUL ARAD
PRIMĂRIA COMUNEI VÂRFURILE

C E R E R E
PENTRU ACORDARE SUPLIMENT

Subsemnatul/a domiciliat/ă în.....
str. nr., bl., sc., et., ap., județul
....., identificată cu CI seria, nr., CNP

beneficiară de indemnizație creștere copil pentru copilul
născut la data de, vă rog a-mi aproba plata **suplimentului** până la depunerea
dosarului de indemnizație creștere copil pentru cel de-al doilea copil
..... născut la data de

Vă mulțumesc!

Nr. Telefon

Data

Semnătura