

DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE

Subsemnatul/a _____
domiciliat/a în loc. _____, str./sat _____,
nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județul Arad,
identificat cu, CI / BI, seria _____, numărul _____, eliberat de
_____ la data de _____, CNP _____,
persoană cu handicap gradul _____, conform certificatului de
încadrare în grad de handicap nr. _____ din data de _____, eliberat de
Comisia de Expertiză a Persoanelor cu Handicap pentru Adulți Arad, având
termen _____, prin -
în calitate de reprezentant legal/curator/mandatar-desemnat
prin _____, anexată în copie la
prezenta,

DECLAR pe proprie raspundere, cunoscând sancțiunile prevazute de lege cu privire la declarațiile mincinoase, că mă oblig să anunț orice modificare față de cele declarate, de natură să influențeze acordarea drepturilor – schimbare acte de identitate, schimbare stare civila, schimbare domiciliu sau reședință, internare în unitați de asistență, etc - în termen de 48 de ore de la producere.

Anunțul va fi efectuat prin depunerea actelor la Direcția de Asistență Socială din cadrul Primăriei orașului Lipova, transmiterea prin servicii poștale, poștă electronica, fax sau orice alt mijloc de comunicare.

Data
__/__/____/

DECLARANT/Ă,
