

Vă rugăm să ne trimiteți prin posta în termen de 5 zile lucrătoare la adresa

D.G.A.S.P.C. Mureș : mun. Târgu Mureș , str.Trebely , nr. 7 (Corpul C, biroul nr.5)

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul(a)

CNP, Nr.Tel.....

în calitate de..... al persoanei cu handicap

....., CNP

domiciliată în Localitatea..... **declar pe propria**

răspundere că mă oblig să aduc la cunoștința DGASPC Mureș în termen de **48 de ore** , orice modificare cu privire la :

- valabilitatea cărții de identitate,
- domiciliu sau reședință,
- internare în Centre / Cămine pt persoane vârstnice (adeverința de la centrul / căminul în care este internată persoana)
- statutul social
- deces
- Copie după Decizia de pensie și ultimul cupon de pensie
- alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege.

Data

Semnătura

DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA COPILULUI

România, 540081 Tîrgu Mureș, județul Mureș, str. Trebely, nr. 7

Telefon: +40-265-213.512 +40-265-211.699 Fax: +40-265-211.561 e-mail: office@dgaspcmures.ro

www.dgaspcmures.ro