

CONSILIUL JUDEȚEAN BIHOR
UNITATEA DE ASISTENȚĂ MEDICO-SOCIALĂ POPEȘTI
Loc. Popești, nr. 10, județul Bihor

Tel. / Fax: 0259-327.799
email: cmspopesti@yahoo.com

Nr. înregistrare:

DECLARAȚIE PE PROPRIE RASPUNDERE

Subsemnatul/a (nume, prenume), domiciliat/ă în localitate....., județul....., strada..... posesor al CI /BI seria, numărul....., eliberat de, la data de, CNP....., în calitate beneficiar al serviciului social Unitatea de Asistență Medico-Socială Popești, cunoscând prevederile art. 326 din Codul Penal – privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere următoarele:

- Detin certificat de încadrare în grad de handicap și îl voi prezenta la accesarea serviciului social împreună cu celelalte documente necesare admiterii**

- Nu detin certificat de încadrare în grad de handicap**

Semnătura

Beneficiar/reprezentant legal
