

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a)
domiciliat(a) în localitatea/comuna
str./sat..... nr....., bl....., sc....., ap....., județul,
posesor al B.I./C.I. seria nr. eliberat de către Poliția
..... la data de,
CNP....., tel....., reprezentant legal al minorului
cu dizabilități, CNP,
mă oblig să informez D.G.A.S.P.C. Mehedinți în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință,
orice modificare privind persoana cu dizabilități, referitoare la gradul de handicap, domiciliu
sau reședință, și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege.

Declar pe propria răspundere că suma de bani reprezentând indemnizație lunară
acordată de către administrația publică locală, va fi folosită în interesul și pentru îngrijirea
minorului cu dizabilități.

Totodată, cunoscând prevederile art. 326 Cod Penal privitoare la falsul în declarații,
declar următoarele

Minorul cu dizabilități:

- frecventează cursurile școlare
- frecventează cursurile unei școli speciale
- figurează ca elev cu regim intern

Reprezentanții legali ai minorului cu dizabilități beneficiază
de indemnizație/stimulent de inserție conform OUG 111/2010
pentru minorul 0-7 ani acordat de către Agenția pentru Plăți și
Inspecție Socială județul Mehedinți

Da	Nu

Dau prezenta declarație spre a-mi servi la Direcția Generală de Asistență Socială și
Protecția Copilului Mehedinți.

Data,
.....

Semnătura,
.....