D E C L A R A T I E

Subsemnat(a)..... domiciliat(ă) 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....., mă oblig să informez D.G.A.S.P.C. Mehedinți în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reședință, stare materiala și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevazute de lege.

Totodata, cunoscând prevederile art. 326 Cod Penal privitoare la falsul in declarații, declar că am urmatoarul statut social:

- [ ] salariat
- [ ] pensie limita de varsta
- [ ] pensie de invaliditate
- [ ] pensie de urmas
- [ ] somaj
- [ ] alte venituri
- [ ] fara venituri

Dau prezenta declaratie spre a-mi servi la Directia Generala de Asistenta Sociala si Protectia Copilului Mehedinti.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta declarație vor fi prelucrate conform Regulamentului (UE) 2016/679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data,
.....

Semnatura,
.....