

DECLARAȚIE DE NOTORIETATE.....  
Subsemnatul (a).....CNP.....  
cu domiciliul .....  
și reședința în localitatea.....  
posesor(oare) a C.I., B.I. seria.....nr.....emis de .....  
la data de.....cu termen de valabilitate.....  
În calitate de persoană adultă bolnavă cu handicap grav gradul I / reprezentant legal al persoanei bolnave  
cu handicap grav gradul I .....

( se înscriu datele de identitate , domiciliu / reședință, act de identitate ale persoanei bolnave).....

**DECLAR pe propria mea răspundere sub incidența sancțiunilor prevăzute de Codul Penal pentru  
declarații neadevărate că , în termen de 10 zile de la producerea / survenirea schimbării reședinței , plecarea  
din locația Casa mea Eden din localitatea Șoimi nr.10A, comuna Șoimi, județul Bihor , sau a decesului , voi  
comunica primarului comunei Șoimi , în vederea sistării plății indemnizației lunare pentru persoana  
bolnavă cu handicap grav gradul I..... ,  
în caz contrar mă oblig să returnez Primăriei comunei Șoimi suma încasată necuvenit.**

DATA.....

Semnătura declarant