

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 sau a reprezentantului legal al 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 sau plecarea din locația Casa mea Eden din localitatea Șoimi nr.10A, comuna Șoimi, județul Bihor , voi comunica primarului comunei Șoimi , în vederea sistării plății indemnizației lunare pentru persoana bolnavă cu handicap grav gradul I......

DATA.....

Semnătura declarant



SECRETAR GENERAL

Nr.....

Data în fața noastră azi.....

Secretar general al comunei Șoimi

Ana – Natalia HUȚ

Certificarea autenticității și forța juridică a acestui act este dată de semnătura persoanei competente fără aplicarea vreunui sigiliu \* .

\*Începând cu data de 1 ianuarie 2020, potrivit prevederilor art. 627 alin.(1) din Codul Administrativ , cu modificările și completările ulterioare, coroborat cu art.V alin.(1) și alin.(2) din Ordonanța Guvernului nr.17 / 2015 , cu modificările și completările ulterioare.