DECLARAŢIE

 Subsemnatul/subsemnata……………………………………………………………, avand CNP ………………………………………….. cu domiciliul în municipiul Arad, str. ………………………………….. nr. ……. bl. …..sc. …… ap. ………., cu B.I./C.I./C.I.P. seria …….. nr. ………………….. declar că mă oblig să comunic în scris Compartimentului de Asistență Socială a Primariei Comunei Dezna, în termen de 15 zile orice modificare a situaţiei mele cu privire la numarul de persoane sau realizarea de venituri , care pot conduce la încetarea sau suspendarea dreptului la venitul minim de incluzune.

 Constituie contravenție și se sancționează cu amendă de la 1000 lei la 5000 lei neîndeplinirea de către titularul dreptului.

 Data: Semnătura: ………………… ............................