PRIMĂRIA ....................................

DECLARAŢIE

Subsemnatul/subsemnata………………………………………………

avand CNP ………………………………………….. cu domiciliul în comuna

 Livada, sat\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str. ………………………………….. nr. ……. ,

cu B.I./C.I./C.I.P. seria …….. nr. ………………….. declar că mă oblig să

comunic în scris Direcției de Asistență Socială Arad – Serviciul Prestații Sociale,

**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: …………………