



DECLARAȚIE

Subsemnatul(a) _____, CNP _____, domiciliat(ă) în București str. _____, nr. _____, bloc _____, ap. _____, sector 2, posesor(oare) al/a B.I./C.I. seria _____ nr. _____, (în calitate de susținător legal al domnului(doamnei) _____ CNP _____),

cunoscând prevederile art. 292 din Codul Penal*, privind falsul în declarații, declar că

- nu realizez venituri**
- acesta / aceasta nu realizează venituri.**

Dau prezenta declarație spre a-mi servi la Direcția Generala de Asistența Sociala și Protecția Copilului Sector 2 – București, în vederea încadrării în grad de handicap și mă oblig ca, în termen de 48 de ore de la producere, să aduc în scris, la cunoștința Direcției Generale de Asistența Sociala și Protecția Copilului Sector 2 – București orice modificare, privind cele declarate.

** Declararea necorespunzătoare adevărului, făcută unui organ sau institut de stat ori unei alte instituții dintre cele la care se referă art.145, în vederea producerii unei consecințe juridice, pentru sine sau pentru altul, atunci când, potrivit legii ori împrejurărilor, declarația făcută servește pentru producerea acelei consecințe, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă.*

Data,

Semnătura,
