

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a) _____,
domiciliat(ă) în _____,
posesor al C.I./B.I seria _____, nr. _____, CNP _____,
eliberat de _____, declar pe proprie răspundere că voi
comunica Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului
Sibiu , orice modificare privind încadrarea în grad de handicap, precum și
orice modificare a domiciliului.

Data

_____/_____/_____

Semnătura
