

## DECLARAȚIE

Subsemnatul.....cu domiciliul în Brașov, str.....nr.....bl.....sc.....ap..... CNP.....BI/CI.seria.....nr..... solicitant de **indemnizație lunară** declar pe propria răspundere următoarele :

1. Nu sunt pensionar de invaliditate gradul I
2. Sunt pensionar de invaliditate gr II  Sunt pensionar de invaliditate gr. III
3. Sunt pensionar limită de vârstă
4. Sunt pensionar de urmaș
5. Sunt salariat
6. Sunt elev/student
7. Șomer
8. Fără venit

9. Am luat la cunoștință și mă oblig să înștiințez Direcția de Asistență Socială Brașov, de primirea **DECIZIEI ASUPRA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ** de la Cabinetul de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă.

10. În situația în care voi primi **DECIZIA ASUPRA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ gradul I de invaliditate**, voi informa Direcția de Asistență Socială Brașov, iar în caz contrar mă oblig să semnez un angajament de plată pentru returnarea sumei încasată necuvenit de la Direcția de Asistență Socială Brașov.

DATA

SEMNĂTURA