



CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI ARAD

Direcția de Asistență Socială Arad

Serviciul prestații sociale

România 310318 Arad • Str. Calea Radnei nr.250 • tel.+40-257-285150 • tel. +40-257-211668 •
fax +40-257-214284 • e-mail: social@dasarad.ro



DECLARAȚIE

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
Direcției de Asistență Socială Arad – Serviciul Prestații Sociale, **în termen de 10 zile**
lucrătoare orice modificare a situației mele cu privire la numărul 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
năndeplinirea de către titularul dreptului.**

Data:

Semnătura:

.....

.....