ANGAJAMENT

 Subsemnatul/a­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_domiciliat/a in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,nr.\_\_\_\_,bl.\_\_\_\_,sc.\_\_\_\_et.\_\_\_\_,ap.\_\_\_\_,

judetul\_\_\_\_\_\_\_\_\_, posesor/posesoare al/a actului de identitate seria\_\_\_\_\_\_, nr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, emis de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,in

calitate de :

persoana cu handicap,

reprezentant legal/apartinator al persoanei cu handicap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ma angajez sa comunic D.G.A.S.P.C Dolj, in termen de 48 de ore de la luarea la cunostinta, orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau resedinta, stare material, precum si alte situatii de natura sa modifice acordarea drepturilor prevazute de lege.

 Prezentul angajament constituie titlu executoriu pentru recuperarea eventualelor sume primite necuvenit.

Data ……………….. Semnatura……………………

 Persoana cu handicap-numar telefon de contact……………………………

 Repezentant legal/apartinator al persoanei cu handicap-numar telefon de contact………………………..