



CONSILIUL LOCAL SECTOR 2

DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI
PROTECȚIA COPILULUI SECTOR 2

Domnule Director,

Subsemnatul/subsemnata _____
domiciliat/domiciliată în _____ str. _____
nr. _____ bloc _____ sc. _____ et. _____ ap. _____ sector _____,
posesor/posesoare al/a B.I. / C.I. seria _____ nr. _____ eliberat(ă) la data
de _____ de către _____

Cunoscând prevederile **art. 326** din Noul Cod Penal, privind falsul în declarații, conform căruia: ***“Declararea necorespunzătoare a adevărului, făcută unei persoane dintre cele prevăzute în art. 175 sau unei unități în care aceasta își desfășoară activitatea 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.”***

În calitate de:

☐ Soț supraviețuitor

☐ Fiu/Fiică

☐ Părinte

☐ Alt moștenitor

Al persoanei cu handicap decedate _____

Vă rog să aprobați eliberarea unei **adeverințe** pentru ridicarea drepturilor bănești cuvenite și neîncasate de către persoana cu handicap decedată, potrivit **art. 36, alin. (6) din H.G. nr. 268/2007 pentru aprobarea Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare.**

Declar că îmi asum întreaga responsabilitate a despăgubirii altor moștenitori ce vor apărea în urma dezbaterii succesiunii pentru sumele ce urmează a fi încasate de la Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 2.

Semnătura

.....

Data,

Semnătura,

**Domnului Director General al Direcției Generale de Asistență Socială și
Protecția Copilului Sector 2**