

Nr. /

DECLARAȚIE PRIVIND VENITURILE REALIZATE

Subsemnata/ul cu domiciliul/cu reședința
în, str.
posesor al B.I./C.I. cu seria și nr, eliberat de
....., bolnav/ă încadrat/ă în grad de handicap grav conform certificatului
..... din data de, *declar pe propria răspundere următoarele:*

1. În momentul actual realizez următoarele venituri provenite din:

- salar în quantum de
- pensie de asigurări sociale de stat în quantum de
- pensie de agricultor în quantum de
- pensie IOVR în quantum de
- pensie urmaș în quantum de
- indemnizație pentru persoană cu handicap în quantum de
- indemnizație de însoțitor - gr. I de invaliditate în quantum de
- alocație de stat pentru copii în quantum de
- alte venituri sursa în quantum de

2. Toate modificările survenite ulterior cu privire la veniturile mele mă oblig să le anunț în termen de 10 zile de la data modificării.

Data

.....

Semnătura

.....