

**DIRECTIA GENERALA DE ASISTENTA SOCIALA SI PROTECTIA COPILULUI GALATI  
DIRECTIA PENTRU ASISTENTA SOCIALA A PERSOANELOR ADULTE**

**Str.Eroilor nr.34**

**Tel./Fax : 0236/41 27 31**

**DECLARATIE**

Subsemnatul ( a) \_\_\_\_\_  
domiciliat(a) in localitatea \_\_\_\_\_ strada \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bl.  
\_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, judetul Galati ,posesor al B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ numarul  
\_\_\_\_\_, eliberat la data de \_\_\_\_\_ de catre \_\_\_\_\_,  
reprezentant legal al minorului \_\_\_\_\_,  
CNP \_\_\_\_\_, persoana cu handicap asimilabila gradului \_\_\_\_\_ conform  
certificatului (deciziei)nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_ emis de Comisia pentru Protectia Copilului Galati.

Cunoscand prevederile art. 292 din Codul Penal privitoare la declaratiile nesincere, declar urmatoarele:

Minorul **Nu/ urmeaza** cursurile unei institutii de invatamant la

\_\_\_\_\_  
(se va completa denumirea scolii)

Minorul **Nu/ este** intern la \_\_\_\_\_  
(se va menționa denumirea instituției de asistență/scoala)

**MA OBLIG CA, IN TERMEŢ DE 48 DE ORE DE LA PRODUCERE, SA ADUC LA CUNOSTINTA DIRECŢIEI GENERALE DE ASISTENŢĂ SOCIALĂ ŞI PROTECTIA COPILULUI GALATI, ORICE MODIFICARE CE INTERVINE IN VIATA MEA FAMILIALA, FATA DE CELE DECLARATE, DE NATURA SA INFLUENTEZE ACORDAREA DREPTULUI PREVAZUTE DE LEGE: DECESUL MINORULUI, IMPLINIREA VARSTEI DE 18 ANI, SCHIMBARE DOMICILIU, INTERNAREA MINORULUI INTR-O UNITATE DE ASISTENTA, SCHIMBAREA NUMELUI REPREZENTANTULUI LEGAL , INCETAREA PLASAMENTULUI FAMILIAL ETC.**

**Data** \_\_\_\_\_

**Semnatura** \_\_\_\_\_

Dau prezenta declaratie spre a-mi servi la D.G.A.S.P.C Galati , Serviciul de Integrare Sociala Adulti si Asistenta Persoane cu Handicap, in vederea obtinerii drepturilor prevazute de art.57 alin 4 din Legea 448/2006 privind protectia si promovarea drepturilor persoanelor cu handicap cu modificarile si completarile ulterioare .