

**CONSILIUL LOCAL MUNICIPAL BRĂILA  
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ**

**ANGAJAMENT**

Subsemnatul ..... domiciliat în  
str. ....Nr. .... Bloc .....  
Sc. .... Et..... ap..... din Municipiul Brăila, posesor al BI/CI seria ..... Nr..... emis  
de ..... la data de ..... mă oblig sa comunic în termen  
de 15 zile de la apariția oricărei schimbări în privința componenței familiei sau a domiciliului /  
reședinței care poate determina încetarea sau modificarea acordării dreptului la alocația de stat  
pentru copilul ..... născut la data  
de ..... cu CNP .....

Prezentul angajament l-am luat în conformitate cu art. 7 din OUG Nr. 124/2011 privind  
modificarea și completarea unor acte normative care reglementează acordarea de beneficii de  
asistență socială.

Dat astazi .....

Nume Prenume,

Semnatura,