



SERVICIUL EVIDENTA PERSOANE CU DIZABILITAȚI

A N G A J A M E N T

Subsemnatul (a) _____, domiciliat în Brăila, str. _____, nr. _____, bl. _____, ap. _____, reprezentant legal al persoanei cu handicap grav _____, mă angajez să aduc la cunoștință Direcției de Asistență Socială, în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reședință, starea materială și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege, conform art. 60 lit. f din Legea nr.448/2006, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată cu modificările și completările ulterioare.

În caz contrar sumele care vor fi încasate necuvenit cu titlu de prestații sociale vor fi recuperate conform art.101 alin.1 din Legea nr.448/2006, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată cu modificările și completările ulterioare.

DATA:

Nume și prenume, semnătură
