

DECLARATIE-Solicitant

Subsemnatul(a) _____ cu domiciliul in Busteni, Str. _____,

nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____,

CNP- [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] BI/CI seria _____ nr _____,

solicitant de **indemnizatie lunara**, declar pe propria raspundere urmatoarele:

1. - Nu sunt pensionar de invaliditate gradul I
2. - Sunt pensionar de invaliditate gradul II
3. - Sunt pensionar de invaliditate gradul III
4. - Sunt pensionar limita de varsta
5. - Sunt pensionar de urmas
6. - Sunt pensionar anticipat
7. - Sunt salariat
8. - Sunt elev / student
9. - Fara venit
10. Am luat la cunostinta si ma oblig sa instiintez U.A.T.Busteni de primirea Deciziei Asupra Capacitatii de Munca de la Cabinetul de expertiza medicala si recuperarea a capacitatii de munca.
11. In situatia in care voi primi **Decizia Asupra Capacitatii de Munca gradul I de invaliditate**, voi informa U.A.T.Busteni, iar in caz contrar ma oblig sa semnez un angajament de plata pentru returnarea sumei incasate necuvenit de la U.A.T.Busteni.

Data

Semnatura
