

DECLARAȚIE
PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul(a)....., CNP.....,
domiciliat în Mun. București, Sector 5,

.....

în calitate de solicitant(ă) a serviciilor sociale oferite de către DGASPC Sector 5 prin intermediul Băii Publice și Spălătoriei Sociale declar pe propria răspundere că:

figurez / nu figurez în evidențele medicale cu boli contagioase, pulmonare sau psihice;

De asemenea, declar că imobilul în care locuiesc

este / nu este debransat de la rețeaua de furnizare a apei potabile.

Semnătura,

.....

Data,

.....