

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,

.....