

DECLARAȚIE

(se completează numai în cazul solicitării ajutorului de deces pentru membru de familie)

Subsemnatul/(a) _____,
CNP _____, declar pe proprie răspundere și sub sancțiunile
prevăzute de Codul Penal referitoare la falsul în înscrisuri oficiale că
decedatul _____, CNP _____, pentru
care solicit ajutorul de deces în calitate de membru de familie nu a avut calitatea de
asigurat sau pensionar la data decesului.

Mă angajez să restitui ajutorul de deces încasat necuvenit în cazul în care datele
comunicate de mine sunt incomplete sau nereal.

Data,

Semnătura,
