D E C L A R A Ţ I E

Subsemnatul/(a) _____, cod numeric personal /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/, declar pe proprie răspundere şi sub sancţiunile prevăzute de Codul Penal referitoare la falsul în înscrisuri oficiale că decedatul(a) _____, cod numeric personal /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/, 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 nereale.

☐ **Sunt de acord ca prelucrarea datelor cu caracter personal să se facă în concordanță cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (Regulamentul general privind protecția datelor).**

Data, Semnătura,

_____ _____