Dată în fața noastră

Astăzi, ………........…...…... Consilier

**D E C L A R A Ț I E**

**(părintele care solicită stimulentul de inseție)**

Subsemnatul(a) ............................................................................... CNP ............................................. cu act de identitate: seria …... nr ……… domiciliat(ă) în ......................................., str. ..................................................................... nr......… bl …..…. ap.…..… părintele minorului ..................................................... născut la data de. ....................... cu C.N.P. ............................... cunoscând prevederile Codului Penal cu privire la falsul în declarații, respectiv că declararea necorespunzatoare a adevărului, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amenda, declar pe proprie raspundere ca **ma ocup de creșterea și** **îngrijirea copilului** pentru care solicit acest drept, că acesta nu este încredințat sau dat înplasament unei alte persoane ori unui organism privat autorizat sau serviciu public și **realizez venituri profesionale**.

Declar că locuiesc împreună cu copilul în România (la domiciliul/resedința din cartea de identitate).

Unitatea angajatoare la care mi-am desfășurat activitatea anterior datei nașterii copilului ...................................................................................................................................................

Dau prezenta declarație pentru a-mi folosi la primirea până la împlinirea vârstei de 2 ani, respectiv 3 ani/7 ani pentru copilul cu handicap a indemnizației sau sprijinului lunar pentru creșterea copilului prevăzute de OUG nr.111/2010.

**Mă oblig ca în termen de 15 zile să aduc la cunoștință orice modificare care conduce la modificarea, suspendarea sau încetarea acordării beneficiului de asistență socială.**

O.U.G. 111/2010 art. 26 „(3) Constituie contravenţie şi se sancţionează cu amendă de la 500 lei la 2.000 lei nerespectarea de către beneficiari a prevederilor art. 19 alin. (1)”.

**În situația în care se constată că am încasat necuvenit, consimt ca suma datorată să fie recuperată din orice alt beneficiu de asistență socială.**

**Declar că am fost informat că datele cu caracter personal sunt prelucrate în scopul şi pentru îndeplinirea atribuţiilor legale ale instituției.**

**Am luat la cunoștință că informațiile din cererea depusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate de A.J.P.I.S. ILFOV cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date.**

 Data Semnatura

…………………….. …………………………

Informaţii suplimentare privind datele cu caracter personal pot fi accesate pe [www.mmanpis.ro](http://www.mmanpis.ro/) sau ajpis.ilfov@mmanpis.ro