**Declarație pe propria răspundere**

Subsemnatul/a ………………………………………………….., domiciliat/ă în București, sector ……….., strada …………………………………………, nr………….., bl…………, scara ……………., etaj ……, ap………………., legitimat/ă cu C.I./B.I. seria …………, nr…………, CNP ……………………………, în calitate de beneficiar de servicii de îngrijire la domiciliu acordate de către Direcția Generală de Asistență Socială a Municipiului București, sub sancţiunile art. 326 din Codul Penal privind infracţiunea de fals în declaraţii, declar pe proprie răspundere că nu beneficiez de alte servicii de îngrijire la domiciliu acordate de furnizori publici sau privați.

De asemenea, sub sancţiunile art. 326 din Codul Penal privind infracţiunea de fals în declaraţii, declar că, în cazul în care voi beneficia de servicii de îngrijire la domiciliu acordate de alți furnizori publici sau privați, voi anunța de îndată, astfel încât finanțarea serviciilor să nu se suprapună.

Înțeleg că, în cazul în care voi beneficia de servicii de îngrijire la domiciliu acordate de alți furnizori publici sau privați, serviciile de îngrijire la domiciliu acordate prin Direcția Generală de Asistență Socială a Municipiului București vor înceta de îndată.

**Nume/Prenume**

**Semnătura**

**Data**

*\*Durata medie de completare a formularului: 3 minute*

*\*Scopul formularului: declarație prin care se previnde dubla finanțare a serviciilor de îngrijire la domiciliu*