Choszczno
bohater regionu

OŚWIADCZENIE

Złożone na wniosek strony (art. 75 §2 kpa.)

Ja niżej podpisany(a): .....
zamieszkały(a):
kod pocztowy: ..... miejscowość: .....
ulica: ..... nr domu: ..... nr mieszkania: ….....
seria i numer dowodu: ..... Nr PESEL: .....
numer telefonu: .....

Świadomy(a) obowiązków wynikających z art.3 ust.3 i ust.4, art.7 ust.13 Ustawy o dodatkach mieszkaniowych z dnia 21 czerwca 2001r. (Dz. U. 2021 poz.11)oraz pouczony (a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i § 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 2020 poz. 1444) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

….....
….....
….....
….....
….....
….....
….....
….....
….....
….....
….....
….....
….....
….....
….....
….....
….....
….....

Dane powyższe podałem(am) zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość ….....
Data ….....

…..... …..
(podpis osoby składającej oświadczenie) *(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)*

Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Choszcznie
tel./fax 95 765 79 72
mgops@choszczno.pl
73-200 Choszczno, ul. Wolności 41
www.choszczno.naszops.pl