

DECLARAȚIE

Subsemnatul/a....., CNP.....,
cu domiciliul în localitatea.....,
județul....., str....., nr.....,
bl....., sc....., ap....., posesor al actului de identitate CI/BI,
seria....., nr....., eliberat de
....., declar pe propria răspundere că
dl/dna....., CNP....., nu era
asigurat sau pensionar la data decesului.....

DATA

.....

SEMNĂTURA

.....