**CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI SIBIU**

**DIRECŢIA DE ASISTENŢĂ SOCIALĂ SIBIU**

B-dul Victoriei 1-3, Sibiu 550024, România

tel. 0040-0269-208930, fax. 0040-0269-224756, e-mail: [protsoc@sibiu.ro](mailto:protsoc@sibiu.ro),

[https://asistentasociala.sibiu.ro](https://asistentasociala.sibiu.ro/" \t "_blank),  [www.sibiu.ro](http://www.sibiu.ro)

Facebook: Sibiu – Pagina Oficiala a Orașului, Sibiu City App

**ANGAJAMENT DE PLATĂ**

Subsemnatul/a........................................................................., cu domiciliul în .........................., judeţul ................................., CNP ................................., posesor al cărţii de identitate seria ..... nr. ............... eliberată de SPCLEP ........................, în calitate de părinte/repezentant legal al minorului/minorilor............................... şi ............................., născuti la data de .....................în ........................, judeţul ...................., beneficiar de ajutorul financiar pentru plata bonelor în conformitate cu prevederile Legii nr. 35/2020, în cuantum de ...........................................lei/lună, declar prin prezenta, că în situaţia în care am produs o pagubă provenită din acordarea acestui beneficiu de asistenţă socială plătit necuvenit şi s-a dispus recuperarea acestuia prin dispoziţie de primar, îmi iau angajamentul de a plăti aceste sume prin reţineri lunare din drepturile cuvenite şi din alte beneficii de asistenţă socială acordate de Agenția Județeană Pentru Plăți și Inspecție Socială Sibiu pentru care s-a constituit debitul, până la achitarea integrală a sumei de care am beneficiat necuvenit. În cazul nerespectării angajamentului de plată se va proceda la executarea silită.

Dat astăzi ..................... Solicitant...................................................

Semnat în faţa noastră, Semnătura ................... .

Numele şi prenumele

Calitatea ......................

Semnătura ...............................