



ORAȘUL COPȘA MICĂ
Aleea Castanilor, nr. 8
tel. 0269/840120, fax. 0269/840149
e-mail: primaria_copsa@birotec.ro
website: www.copsa-mica.ro
CF: 4406207



Nr. _____ din _____

ANGAJAMENT DE PLATĂ

Subsemnatul/a,
cu domiciliul în, judetul.....,
având CNP, posesor/posesoare al/a C.I. seria
nr....., solicitant/beneficiar de venit minim de incluziune, declar prin
prezenta că, în situația în care am încasat în mod necuvenit beneficii de
asistență socială și s-a dispus recuperarea acestora prin dispoziție a
primarului/decizie a directorului executiv al agenției teritoriale pentru plăți și
inspecție socială, îmi iau angajamentul de a plăti aceste sume prin:

restituire prin rețineri lunare din drepturile cuvenite și din alte beneficii de
asistență socială acordate de plătitorul beneficiului pentru care s-a constituit
debitul, până la achitarea integrală a sumei de care am beneficiat necuvenit;

restituire voluntară din următoarele categorii de venituri pe care le obțin:

- venituri din

- venituri din

Prezentul angajament l-am luat în conformitate cu art. 29 alin. (1) și (5)
din Legea nr. **196/2016** privind venitul minim de incluziune, cu modificările și
completările ulterioare.

Declar că înțeleg faptul că, în cazul nerespectării prezentului angajament de
plată, se va proceda la executarea silită, potrivit prevederilor legale.

Numele și prenumele
.....

Semnătura

Data