**О Б Щ И Н А К Р У Ш А Р И О Б Л А С Т Д О Б Р И Ч**



9410, с. Крушари, тел : 05771/2024, факс 05771/ 2136,

E-mail [krushari@dobrich.net](mailto:krushari@dobricg.net); site: [www.krushari.bg](http://www.krushari.bg/)

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

**от кандидат за асистент по реда на Закона за лична помощ**

Долуподписаният(та)

.....................................................................................................................................................

ЕГН: ..............................., лична карта № ..............................., изд. на ............................. г.

от..............................................,адрес: ....................................................................................,

тел.:............................................................................................................................................

**ДЕКЛАРИРАМ, че:**

Съгласен/на съм личните ми данни да бъдат обработвани за нуждите на механизма лична помощ от Община Крушари и да бъдат предоставяни на Агенция за социална помощ и Национален осигурителен институт.

Известна ми е наказателната отговорност за деклариране на неверни данни по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата: ............................20…….г. **Декларатор: ….………………......**

(подпис)