Druk nr 3

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W MALBORKU
ul. Słowackiego 74 82-200 Malbork
tel./fax.: 647-27-81, 647-16-11, 647-16-08

Malbork, dnia ……

…….

…….

…….
(imię i nazwisko, adres oświadczającego)

OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania i zapoznany/a z treścią art. 233 K.K. który brzmi: **„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”**, oświadczam co następuje:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

- zostałem/am poinformowany/a przez pracownika Działu Świadczeń Rodzinnych, iż udzielenie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym lub nie poinformowanie o zmianie sytuacji osobistej lub majątkowej stanowi przesłankę do dochodzenia przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.

…… …….
(data oraz podpis pracownika przyjmującego oświadczenie) (data oraz czytelny podpis oświadczającego)

……
……
……

…… …….
(data oraz podpis pracownika przyjmującego oświadczenie) (data oraz czytelny podpis oświadczającego)