Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Mszanie Dolnej
34-730 Mszana Dolna ul. Spadochroniarzy 6
tel. (018) 33-10-541

, 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 od 6 miesięcy do lat 8.",**
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 Ośrodek Pomocy Społecznej zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

.....
(data oraz podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)

.....
(data oraz czytelny podpis oświadczającego)