|  |  |
| --- | --- |
|  | **Градоначалник на Општина Свети Николе**тел:+ 389 32 444 169факс: + 389 32 440 911e-mail: info@svetinikole.gov.mkwww.svetinikole.gov.mk |

ИЗЈАВА Јас, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (име и презиме), со адреса на живеење \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, под полна морална, материјална и кривична одговорност изјавувам дека:

досега јас или некој член на моето семејство немаме искористено средства од Буџетот на друга Општина во вид на парична помош за новороденче за дете (Име и Презиме)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ родено на ден \_\_\_\_/\_\_\_ 20\_\_ год., во \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| На ден: | Изјавил:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (скратен потпис) |

Напомена: Изјавата се пополнува со големи печатни букви, читко и разбирливо.