Către ,

Agenția Județeană pentru Prestații Sociale, Satu Mare

Subsemnata_____ _____ domiciliată în Satu Mare str._____ nr. _____, bl_____, ap._____, CNP_____, prin prezenta declar că **nu am beneficiat de concediu medical** pentru creşterea copilului _____ născut la data de_____deoarece nu _____ _____

DATA SEMNĂTURA