

## §5. Приложение обр.5

### ДО ОБЩИНСКИ ФОНД ЗА АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОБЩИНА СЛИВЕН

#### ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаните:

1. от ....., ЕГН: .....

(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ ....., гр.с.....

ул./ж.к. ,, ..... ”, №.....

вх.”.....”, ет....., ап. ....бл.....

и

2. от ....., ЕГН: .....

(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ ....., гр.с.....

ул./ж.к. ,, ..... ”, №.....

вх.”.....”, ет....., ап. ....бл.....

С настоящата

#### ДЕКЛАРИРАМЕ

по реда, предвиден в Правила на Програма за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства, двойки във фактическо съжителство, живеещи на територията на Община Сливен, че:  
**между нас не е налице кръвно родство по права линия и по съребрена линия до четвърта степен!**

Запознати сме с предвидената наказателна отговорност по чл.313 от НК за деклариране на неверни данни!

Декларатори:

1. ....

*подпис*

2. ....

*подпис*

*\*Попълва се от семейства и двойки във фактическо съжителство.*