

**DECLARAȚIE
PRIVIND ADEVERINȚA MEDICALĂ**

Subsemnatul/a _____,
având CNP _____, domiciliat/ă în
_____, Strada _____, Nr. _____, Bloc
_____, Scara _____, Apartament _____, posesor al/a C.I., seria _____, Nr.
_____, eliberat/ă de _____ la data de _____, Telefon fix:
_____, Telefon mobil: _____, E-mail:
_____, ca și aplicant/ă pentru postul de administrator la Societatea **URBIS
SERV S.R.L.**, cunoscând dispozițiile **articolului 326** din **Codul Penal** cu privire la falsul în
declarații, **declar pe proprie răspundere că sunt apt/ă pentru muncă din punct de vedere
medical.**

Subsemnatul/a declar că informațiile furnizate sunt complete și corecte în fiecare detaliu și înțeleg că **Autoritatea Publică Tutelară** are dreptul de a solicita, în scopul verificării și confirmării declarațiilor, orice informații și documente doveditoare în conformitate cu prevederile legale.

Dau prezenta declarație, fiindu-mi necesară la completarea dosarului de înscriere în procedura de selecție și nominalizare, pentru **cele 2 posturi de administrator** la Societatea **URBIS SERV S.R.L.**

Data completării,

(Nume, prenume) :

Semnătura,
