**DECLARAȚIE**

privind adeverinţa medicală

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat/ă în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr.\_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_, sc. \_\_\_\_, ap.\_\_\_\_, posesor/posesoare al/a C.I., seria \_\_\_\_nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, eliberată de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefon mobil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ca şi aplicant/ă pentru poziţia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în cadrul S.A.P.E S.A., cunoscând dispoziţiile articolului 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, declar pe proprie răspundere că **sunt apt/ă pentru muncă din punct de vedere medical**.

 Dau prezenta declaraţie fiindu-mi necesară la dosarul de concurs de angajare în cadrul S.A.P.E S.A.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnătura, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_