

FORMULAR 3

**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 poziția de Director
General al **Regiei Autonome „Administrația Zonei Libere Curtici-Arad”**,
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.**

Dau prezenta declarație fiindu-mi necesară la dosarul de înscriere la procesul
de recrutare/ selecție pentru poziția de Director General al **Regiei Autonome
„Administrația Zonei Libere Curtici-Arad”**.

Data,

Semnătura,
