



CONSILIUL LOCAL ORASENESC CAMPENI
SPITALUL DE BOLI CRONICE CAMPENI
JUDETUL ALBA STR. CRISAN NR. 11
TELEFON 0258771582 FAX. 0258771582
E-mail : sanatoriultbc@yahoo.com

CONSILIUL DE ADMINISTRATIE AL SPITALULUI DE BOLI CRONICE CAMPENI

DECLARATIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul/Subsemnata,, cetățean, născut(ă) la data de, în localitatea, domiciliat(ă) în, str. nr., bl., sc., et., ap., sectorul/județul, posesor/posesoare al/a BI/CI seria nr., eliberat(ă) de la data de, CNP

cunoscând dispozițiile art 326 Cod penal cu privire la falsul în declarații, declar pe propria răspundere că:

- sunt/ nu sunt înscris în cazierul judiciar;
- am/nu am suferit condamnări pentru concurență neloială;
- am/nu am suferit condamnări pentru abuz de încredere;
- am/nu am suferit condamnări pentru fals;
- am/nu am suferit condamnări pentru altă infracțiune pentru care este prevăzută pedeapsa complementară a interzicerii unor drepturi.

Declar pe propria răspundere că sunt de acord ca, Comisia de concurs să solicite extras de pe cazierul meu judiciar, în conformitate cu prevederile art. 20 alin. (5) din Legea nr. 290/2004 privind cazierul judiciar, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Data

.....

Semnatura

.....