



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

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul/Subsemnata(numele și toate prenumele din actul de identitate, precum și eventualele nume anterioare)....., cetățean român, fiul/fiica lui(numele și prenumele tatălui)..... și al/a(numele și prenumele mamei), născut/născută la(ziua, luna, anul) în(locul nașterii:localitatea/județul).....,domiciliat/domiciliată în(domiciliul din actul de identitate), legitimat/legitimată cu(felul, seria și numărul actului de identitate), cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, după luarea la cunoștință a conținutului Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 24/2008 privind accesul la propriul dosar și deconspirarea Securității, declar prin prezenta, pe propria răspundere, că am fost/nu am fost lucrător al Securității sau colaborator al acesteia, în sensul art. 2 lit. a)-c) din ordonanța de urgență.

Data

Semnatura