

**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 applicant/ă pentru poziția de membru în Consiliul de
Administrație al Societății **SALUBRITAS S.A.**, 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 membru în Consiliul de Administrație al Societății
SALUBRITAS S.A.

Data,

Semnătura,
