*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 şi aplicant/ă pentru postul de administrator la Societatea **PAZĂ ȘI SERVICII COMUNITARE S.R.L.**, 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 completarea dosarului de înscriere în procedura de selecție și nominalizare, pentru cele 3 posturi de administrator la Societatea **PAZĂ ȘI SERVICII COMUNITARE S.R.L.**

*Data,*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Semnătura,*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_