

DECLARAȚIE

privind adeverința medicală

Subsemnatul/a _____, având CNP _____, domiciliat/ă în localitatea _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, posesor al/a C.I., seria _____, nr. _____, eliberat/ă de _____ la data de _____, telefon _____, e-mail: _____, aplicant/ă pentru funcția de administrator în Consiliul de Administrație al Societății DOMENII PREST SERV SRL, cunoscând dispozițiile articolului 292 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 în procesul de recrutare / selecție pentru funcția de administrator în Consiliul de Administrație al Societății DOMENII PREST SERV SRL și mă angajez ca în situația în care voi fi selectat în lista scurtă a candidaților, să depun, în original, în maxim 3 zile, adeverință medicală pentru a proba cele declarate mai sus.

Data,

Semnătura,