

**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 aplicant/ă pentru poziția de membru în Consiliul de
Administrație al Societății **PUBLISERV 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.**

Subsemnatul/a declar că informațiile furnizate sunt complete și corecte în fiecare
detaliu și înțeleg că **Autoritatea Publică Tutelară** are dreptul de a solicita, în scopul
verificării și confirmării declarațiilor, orice informații și documente doveditoare în
conformitate cu prevederile legale.

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
PUBLISERV S.A.

Data completării,

(Nume, prenume) :

Semnătura,
