

FORMULAR 3

**DECLARAȚIE
PRIVIND ADEVERINȚA MEDICALĂ**

Subsemnatul/a _____ având CNP _____,
domiciliat/ă în _____, Strada _____, Nr.
_____, B l o c _____, S c a r a _____, 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 administrator al Societății
PERLA INVEST S.R.L., 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 administrator al Societății **PERLA INVEST S.R.L.**

Data completării,

(Nume, prenume) :

Semnătura,
