

DECLARAȚIE

privind adeverința medicală

Subsemnatul/a _____, având CNP _____, domiciliat/ă în _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, posesor al/a C.I., seria _____ nr. _____, eliberat/ă de _____ la data de _____, telefon _____, e-mail: _____, ca și aplicant/ă pentru poziția de membru în Consiliul de Administrație la Societatea 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 la procesul de recrutare / selecție pentru poziția de membru în Consiliul de Administrație la Societatea 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 ___ zile, adeverință medicală pentru a proba cele declarate mai sus.

Data,

Semnătura ,