

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 și applicant/ă pentru poziția de
Director General al Companiei Naționale “Administrația Porturilor Dunării Maritime”
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.

Dau prezenta declarație fiindu-mi necesară la dosarul de înscriere la procesul de recrutare/
selecție pentru poziția de **Director General al Companiei Naționale “Administrația Porturilor**
Dunării Maritime” S.A.

Data completării,

(Nume, prenume) :

Semnătura,
