

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 membru în Consiliul de Administrație al Societății **“COMPANIA DE TRANSPORT PUBLIC” S.A. ARAD**, 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 membru în Consiliul de Administrație al Societății **“COMPANIA DE TRANSPORT PUBLIC” S.A. ARAD.**

Data,

Semnătura,
