**Declaratie pe propria raspundere**

Subsemnatul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliat in localitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_jud.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, strada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificat prin CI, seria\_\_\_\_\_\_\_ nr.\_\_\_\_\_\_, CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ eliberat de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la data de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declar pe proprie raspundere ca sunt **apt din punct de vedere medical** pentru participarea la procesul de recrutare și selecție și pentru îndeplinirea atribuțiilor postului de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** in cadrul proiectului ……………………….”, cod ………………..

 De asemenea, declar că mă oblig ca **până la data desfășurării primei probe, respectiv, data menționată în calendar pentru *Selecția dosarelor de către membrii comisiei,*** să completez dosarul de candidatură cu adeverința medicală care să ateste starea de sănătate corespunzătoare, eliberată de către medicul de familie sau de către unitățile sanitare abilitate.

 Am luat la cunoștință de faptul că în cazul în care nu voi prezenta adeverința medicală menționată anterior, dosarul meu de candidatură va fi respins.

Data: Semnatura: