



ROMANIA, JUDETUL PRAHOVA
CONSILIUL LOCAL AZUGA
SPITALUL DE ORTOPIEDIE SI TRAUMATOLOGIE
AZUGA
AZUGA 105100, str. VICTORIEI nr. 2, jud. Prahova
Tel. 0244-322051; 0244322052; Fax 0244-321910;
CIF – 2845125 ; Nr. reg. ANSPDCP – 29729
COD IBAN: RO32TREZ52921F335000XXXX, Trezoreria Busteni
e-mail: spitalazuga@yahoo.com, website: www.ortopedieazuga.ro



CONSILIUL DE ADMINISTRATIE

DECLARATIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE

Subsemnatul/Subsemnata _____

(numele și toate prenumele din actul de identitate, precum și eventualele nume anterioare)

fiul/fiica lui _____ și al/a _____

(numele și prenumele tatălui) și al/a (numele și prenumele mamei)

născut/ă în anul _____ luna _____ ziua _____ în _____

județul (sectorul) _____ cu domiciliul în _____

județul(sectorul) _____ str. _____ nr. ____, bl. ____, ap. __,

posesor/poseoare al/a actului de identitate seria __ nr. _____ CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

candidat/candidată la concursul _____

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Cod penal cu privire la falsul în declarații, **că nu mă aflu în nici una dintre situațiile de incompatibilitate prevăzute de art.178 alin.(1) lit.b,c si d si ale art.178 alin.(2) referitoare la conflictul de interese , din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății cu modificările si completările ulterioare.**

Declar pe propria răspundere, că în ultimii 3 ani nu a fost constatată de către instituția competentă, existența conflictului de interese ori starea de incompatibilitate, cu privire la persoana subsemnatului/subsemnatei.

Azuga la data _____

Numele si prenumele,

Semnătura: _____