**FORMULAR F5**

**DECLARAȚIE**

privind adeverinţa medicală

Subsemnatul/a 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 fix:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,telefon mobil ........................., e-mail: ............................,, ca şi aplicant/ă pentru poziţia de ............................. la Societatea ....................... SRL, cunoscând dispoziţiile articolului 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, declar pe proprie răspundere că **sunt apt/ă pentru muncă din punct de vedere medical**.

Dau prezenta declaraţie fiindu-mi necesară la dosarul de înscriere la procesul de recrutare / selecţie pentru poziţia de .................... la Societatea ................ SRL.

Data,

Semnătura , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_