



unitate afiliată în
PROCES DE ACREDITARE

CONSILIUL LOCAL ORĂŞENESC CÂMPENI

SPITALUL DE BOLI CRONICE CÂMPENI

JUDEȚUL ALBA, STR. CRIȘAN, NR. 11, TELEFON/ FAX 0258771582

e-mail : sanatoriulbce@yahoo.com. Site: www.spitaluldebolicroniccecimpeni.ro



Nr.

CONSILIUL DE ADMINISTRATIE AL SPITALULUI DE BOLI CRONICE CAMPENI

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul/Subsemnata(numele și toate prenumele din actul de identitate, precum și eventualele nume anterioare)....., cetățean român, fiul/fiica lui(numele și prenumele tatălui)..... și al/a(numele și prenumele mamei), născut/născută la(ziua, luna, anul) în(locul nașterii:localitatea/județul)....., domiciliat/domiciliată în(domiciliul din actul de identitate), legitimat/legitimată cu(felul, seria și numărul actului de identitate), cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, după luarea la cunoștință a conținutului Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 24/2008 privind accesul la propriul dosar și deconspirarea Securității, declar prin prezenta, pe propria răspundere, că am fost/nu am fost lucrător al Securității sau colaborator al acesteia, în sensul art. 2 lit. a)-c) din ordonanța de urgență.

Data

Semnatura