

DECLARATIE PE PROPRIA RASPUNDERE

Subsemnatul/Subsemnata, COSTIN ADELINA GABRIELA avand functia de FARMACIST SEF
la spitalul de Psihiatrie

Poiana Mare judetul Dolj, identificat/a prin
CNP _____, domiciliat/a in loc. _____, jud. Dolj

in baza art.185 alin.(11) din Legea nr.95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii
actualizata, cunoscand prevederile legale privind falsul in declaratii declar pe propria
raspundere ~~ca ma aflu~~ / **nu ma aflu** in relatie de sot/sotie sau rudenie/afinitate pana la gradul
al-IV-lea inclusiv, cu urmatoarele persoane angajate ale sectiei / laboratorului/ serviciului
medical pe care il conduc:

1. Numele si prenumele _____, avand calitatea de:
functia _____,
-sot/sotie _____
-ruda de gradul _____
-afin de gradul _____
2. Numele si prenumele _____, avand calitatea de:
functia _____,
-sot/sotie _____
-ruda de gradul _____
-afin de gradul _____
3. Numele si prenumele _____, avand calitatea de:
functia _____,
-sot/sotie _____
-ruda de gradul _____
-afin de gradul _____

Data
14.10.2022

Semnatura si parafa
