**DECLARAȚIE**

Subsemnatul/a, **{s\_nume} {s\_prenume},** domiciliat/ă în **{s\_localitate}, {s\_adresa} {s\_judet}**, posesor/posesoare al/a CI, seria **{s\_ci\_serie}** nr. **{s\_ci\_numar},** eliberată de **{s\_ci\_emis\_de}**, CNP **{s\_cnp}**, angajat/ă din data de **{c\_data}** în cadrul  **{a\_denumire} {a\_sufix}**, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii penale, declar pe propria răspundere că datele menționate mai jos sunt reale și corespund situației mele actuale.

1. Mă aflu într-una din situațiile de mai jos

□ sunt /□ NU sunt angajat/ă într-o instituție publică;

□ beneficiez /□ NU beneficiez de ajutor de șomaj;

□ sunt /□ NU sunt pensionar/ă cu grad de invaliditate **{space};**

□ am /□ NU am antecedente penale;

□ sunt / □ NU sunt subiect al unei anchete de cercetare penală în curs.

1. Am medicul de familie în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, județ/Sector\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Funcția de bază este la **Societatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ S.R.L.**
3. Mă oblig să anunț angajatorul în termen de 5 zilelucrătoare orice modificare intervenită în situația comunicată și să prezint actele justificative.

Data, Semnătura,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_