

Anexa 1.4

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul(a) _____ CNP _____, act de identitate _____ seria _____ nr. _____ eliberat de _____ la data de _____ valabil până la data de _____, cu domiciliul în _____, str. _____, nr. _____, bloc _____ ap. _____ județul _____.

Declar către Ministerul Sănătății, pe propria răspundere, conștient fiind de prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, următoarele:

Dețin calitatea de înputernicit, respectiv mandatar al numitei/numitului _____, pentru depunerea dosarului de selecție în vederea ocupării poziției de _____ în cadrul proiectului „Extinderea serviciilor medicale și comunitare pentru persoanele afectate de boli genetice și rare, acronim MEDI.COM-RARE”, contract AR 19076/26.10.2022

Data:.....

Semnătura:.....