

## DECLARAȚIE

Subsemnatul/subsemnata \_\_\_\_\_

(numele, prenumele tatălui și prenumele)

născut (ă) la data de \_\_\_\_\_, în localitatea \_\_\_\_\_,

județul/sectorul \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, domiciliat (ă) în

localitatea \_\_\_\_\_, județul/sectorul \_\_\_\_\_, strada

\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_,

declar că în situația în care sunt declarat (ă) "Admis", la concursul organizat în vederea încadrării postului de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, sunt de acord cu verificarea mea în vederea obținerii autorizației de acces la informații clasificate/certificatului de securitate și efectuarea controlului medical de către o unitate sanitară din rețeaua M.Ap.N. în concordanță cu fișa postului.

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_