**Declaratie pe propria raspundere**

Subsemnatul/a …………………….., domiciliat/a în localitatea ………………., legitimat cu …………, seria ……………., nr ……………, eliberat de …………….., la data de ……………, CNP …………………….., declar pe proprie raspundere ca sunt **apt/a din punct de vedere medical** pentru participarea la concursul organizat pentru ocuparea postului de **…………………………………………………….** în cadrul proiectului „***ASE Team! Incluziune si echitate pentru studentii ASE*”, *CNFIS-FDI-2020-0280***.

Data: Semnatura: