**Declaratiepepropriaraspundere**

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*“****Echitate sociala și egalitate de șanse pentru studenții ASE”*,** CNFIS-FDI-2019-0222

Data: Semnatura: