**Declarație pe propria răspundere**

Subsemnata/ul ..............................................., domiciliat/ă în ........................................................................., legitimat/ă cu CI/BI, seria .... nr. ...................., CNP …………………………………………….., eliberat de ………………………….., la data de ……………………, declar pe proprie răspundere că sunt **apt din punct de vedere medical** pentru participarea la concursul organizat pentru ocuparea postului *.........................................................................* în cadrul proiectului: *Sprijinirea, susținerea și promovarea antreprenoriatului și inovării în rândul studenților ASE București (ASEInovA)*, contract CNFIS-FDI-2022-0349*.*

Data: Semnatura,