

SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE
"SF. CUVIOASA PARASCHEVA" GALATI
CONTRACT C.A.S. NR.2, SPITAL
STR. TRAIAN NR.393, Tel: 424513
Nr. 2800 din 29.05.2013

UNITATEA SANITARA

DECLARATIE REFERITOARE LA INCOMPATIBILITATI

Subsemnatul/Subsemnata ARBUNE MONICA,
Domiciliat/domiciliata in Galati,
Adresa profesionala Str. Traian Nr. 393, Galati,
Declar prin prezenta, pe propria raspundere, ca nu ma aflu in
niciuna dintre situatiile de incompatibilitate de mai jos:

1. Nu exercit nicio alta functie salarizata, nesalarizata sau/și
indemnizata, inclusiv in cadrul vreunei autoritati executive,
legislative ori judecatoresti.

2. Nu exercit nicio alta activitate sau functie de manager,
inclusiv neremunerata.

3. Nu exercit nicio activitate sau functie in structurile de
conducere ale unei alte unitati spitalicesti.

4. Nu exercit nicio functie in cadrul organizatiilor sindicale
sau patronale de profil.

Dau prezenta declaratie cunoscand dispozitiile art. 292 din
Codul penal referitoare la infractiunea de fals in declaratii.

Ma angajez sa declar imediat orice modificare aparuta in
legatura cu cele mentionate mai sus.

Semnatura Ms

Data 27.05.2013