

<p>Operator date cu caracter personal 17323</p>	<p align="center">CONSILIUL JUDEȚEAN BRASOV SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BRASOV Str. Calea București, nr. 25-27, Brașov, 500326, Tel: 0268/320022, 0372676271 Fax-uri: 0268/333015, 0372676351 Cont RO 88 TREZ 131 21F 330 800 XXXX Trezoreria Brașov; cod fiscal 4384117 Pagină web: www.hospbv.ro Email: sjbrasov@rdslink.ro</p>	<p>Consiliul Județean de Urgență Brașov 15. NOV. 2019 INTRARE LESIRE NR. 3525</p>
---	--	---

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Art.185 alin.11 din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006

privind reforma în domeniul sănătății – Republicată, cu modificările și completările ulterioare

Subsemnatul/Subsemnata, FERCALĂ EUGENIA,
 având funcția de DIRECTOR ÎNGRIJIRI MEDICALE (concurs/delegație) al
 Secției/Laboratorului/Serviciului medical CONDUCERE la
 Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov, , cunoscând prevederile art.326 din Codul
 penal privind falsul în declarații,

Declar pe propria răspundere în conformitate cu prevederile art.185 alin.11 din
 Legea nr. 95 /2006 privind reforma în domeniul sănătății, Republicată, cu modificările și
 completările ulterioare,

Nu mă aflu în relație de soț /soție sau rudenie / afin până la gradul IV inclusiv,
 cu persoane angajate în secția/laboratorul/serviciul CONDUCERE

Mă aflu în relație de soț /soție sau rudenie / afin până la gradul IV inclusiv, cu
 următoarele persoane angajate în secția/laboratorul/serviciul _____ :

1. Numele și prenumele.....soț/soție sau gradul de
 rudenie/afinitate, funcția de
 în cadrul secției /serviciului.....;
2. Numele și prenumele.....soț/soție sau gradul de
 rudenie/afinitate, funcția de
 în cadrul secției/serviciului.....

Declar că nu am furnizat informații false și îmi asum responsabilitatea datelor conținute în
 prezenta declarație.

Funcția. Director Îngrijiri Medicale
 Semnătura. Fercala

Data. 14.XI.2019