



Consiliul Județean
Brașov

CONSILIUL JUDEȚEAN BRAȘOV
SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BRAȘOV

Mun. Brașov, Str. Calea București, nr. 25-27, Cod poștal 500326, Jud. Brașov

Tel: 0268/320022, 0372676271

Fax-uri: 0268/333015, 0372676351

Cont RO 88 TREZ 131 21F 330 800 XXXX Trezoreria Brașov

Cod fiscal 4384117

Pagina web: www.hospbv.ro Email: secretariat@spitaluljudeteanbrasov.ro



DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Art.185 alin.11 din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006
privind reforma în domeniul sănătății – cu modificările și completările ulterioare

Subsemnatul/Subsemnata, IANA CRISTINA-SIMONA, având funcția de MEDIC ȘEF (concurș/delegație) al Secției/Serviciului CENTRUL DE HEMODIALIZĂ la Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov, CNP....., domiciliat în localitatea BRAȘOV, județul 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 – cu modificările și completările ulterioare,

☒ Nu mă aflu în relație de soț/ soție sau rudenie / afin până la gradul IV inclusiv, cu următoarele persoane angajate ale secției / serviciului CENTRUL DE HEMODIALIZĂ
☐ Mă aflu în relație de soț/ soție sau rudenie / afin până la gradul IV inclusiv, cu următoarele persoane angajate ale secției / serviciului _____

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 prezența declarație.

Funcția..... MEDIC ȘEF CENTRUL DE HEMODIALIZĂ
Semnătură.....

Data..... 15.01.2025