

Declarație,

Subsemnatul,
domiciliat în, legitimat cu B.I./C.I.
seria, nr., eliberat de Poliția
....., la data de,
CNP, declar pe propria răspundere
că afecțiunea **nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident
de muncă sau sportiv.**

**Menționez că am luat la cunoștință de prevederile
Codului Penal care sancționează falsul în declarații.**

Data :

Semnătura beneficiarului: