# Declaratie

Subsemnatul ……………………………..având funcția ………………………angajat la …………………………………….. , declar pe propria răspundere că îmi desfășor activitatea în cadrul unității, după următorul program:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Luni | Marti | Miercuri | Joi | Vineri | Sambata | Duminica | Total ore  /saptamana |
| Nr.ore |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Program |  |  |  |  |  |  |  |  |

Declar că mai sunt angajat și la următoarele unități/furnizori cu următorul program :

1. Unitate/Furnizor ……………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Luni | Marti | Miercuri | Joi | Vineri | Sambata | Duminica | Total ore  /saptamana |
| Nr.ore |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Program |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Unitate/Furnizor …………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Luni | Marti | Miercuri | Joi | Vineri | Sambata | Duminica | Total ore  /saptamana |
| Nr.ore |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Program |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data : ……./…../………. Semnătura\*…………………………..

\* semnătura și parafa în cazul medicilor