



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

DECLARAȚIE

Subsemnatul/a _____,
în calitate de medic având specialitatea _____
angajat _____ al _____ Spitalului
_____, identificat/ă
prin CI/Pasaport seria ____ si numar _____, CNP _____,
declar pe proprie răspundere, cunoscând dispozițiile articolului 326 Cod Penal cu
privire la falsul în declarații, că:

- Nu am mai beneficiat anterior și nu beneficiez în prezent de programe de formare în același domeniu (neonatologie, pediatrie, anestezie, terapie intensivă și specialități conexe) printr-un alt proiect finanțat conform *Ghidului solicitantului - condiții specifice - "Formarea personalului implicat în implementarea programelor prioritare de sănătate" - Obiectivul specific 4.8 " Îmbunătățirea nivelului de competente al profesioniștilor din domeniul medical"*

Data,

Nume Prenume

Semnătura



MINISTERUL SĂNĂȚII
Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii
"M. S. CURIE" BUCUREȘTI

B-dul Constantin Brâncoveanu, Nr. 20
Sector 4, București, Cod postal 75534
Telefon: 021.460.30.26, Fax: 021.460.12.80,
Email: spital@mscurie.ro, Website: www.mscurie.ro