MINISTERUL MUNCII
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE

ANOFM

Nr.înregistrare/_____/_____

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul/Subsemnata,.....,având CNP.....,domiciliat/domiciliată în....., adresa completă ....., legitimat/legitimată cu CI/BI seria .... nr. ....., eliberată/eliberat de ..... la data de ....., cunoscând prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, cu privire la falsul în declaraţii, declar prin prezenta, pe propria răspundere, că*):

*) Se bifează cu „x“ de către declarant căsuța corespunzătoare.

[ ] nu am restricţii medicale care mă împiedică să prestez muncă;

[ ] am restricţii medicale care mă împiedică să prestez o anumită muncă, după cum urmează**):

**) Se completează de către declarant restricţiile medicale.

.....
.....

Dau această declaraţie şi o susţin.

Data...../...../..... Semnătura.....

AGENȚIA JUDEȚEANĂ PENTRU OCUPAREA FORȚEI DE MUNCĂ ARAD
Operator de date cu caracter personal nr 556
Str. Călugăreni, Nr. 1A, Arad
Tel. +4 0257 211 230/Fax: +4 0257 264 633;
e-mail: ajofm@ar.anofm.ro;
www.arad.anofm.ro, www.somajvest.ro