



**CONSILIUL LOCAL ORAȘ CÂMPENI**  
**SPITALUL ORĂȘENESC CÂMPENI, Str.Horea Nr.63, Câmpeni,**  
**Cod poștal 515500, Telefon 0258-771715/771717, Fax 0258-771976,**  
**E-mail: spitalul\_cimpeni@yahoo.com**  
**Site: www.spitalulcampeni.ro**

Anexa 2

## DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul/Subsemnata (numele și toate prenumele din actul de identitate, precum și eventualele nume anterioare).....

cetățean român, fiul/fiica lui (numele și prenumele tatălui) ..... și  
al/a (numele și prenumele mamei),.....  
născut/născută la (ziua, luna, anul).....în (locul  
nașterii, localitatea/județul).....,  
domiciliat/domiciliată în (domiciliul din actul de  
identitate)....., legitimat/legitimată

cu (felul, seria și numărul actului de identitate).....,  
cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, după luarea la  
cunoștință a conținutului Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 24/2008 privind accesul la  
propriul dosar și deconspirarea Securității, declar prin prezenta, pe propria răspundere, că am  
fost/nu am fost lucrător al Securității sau colaborator al acesteia, în sensul art. 2 lit. a)-c) din  
ordonanța de urgență.

Data

.....

Semnatura

.....