**DECLARAŢIE PENTRU MENȚINEREA CALITAȚII DE TITULAR**

 Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în declarații prevăzute de Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, subsemnatul/subsemnata, .................................................... , domiciliat(ă) în ...................................., str. ...................................................... nr. ........., bl. ........, sc. ....., ap. ......., județul/sectorul ..........................., legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ......... nr. ................, CNP ........................................., angajat(ă) a Universității de Medicină si Farmacie “Carol Davila” în funcția de ……………………….…………., la Disciplina/Departamentul ……………………………………………………………………………………….

declar pe propria răspundere următoarele:

Nu sunt pensionar pentru limita de vârsta.

 Data Semnătura

 ................ .....................