

ANEXA 2

UNITATEA SANITARĂ : SPITALUL ORASENESC HUEDIN

DECLARAȚIE a managerului persoană fizică,  
a membrilor comitetului director, a șefilor de secție,  
de laborator sau de serviciu,  
referitoare la incompatibilități

Subsemnatul/Subsemnata TRIF FLORELA  
Domiciliat/domiciliată în .....  
Adresa profesională ABR - medical pc. as tel CAIR - BENICOM

Declar prin prezenta, pe propria răspundere, că nu mă aflu în niciuna dintre situațiile de incompatibilitate de mai jos:

1. Nu exercit nicio altă funcție salarizată, nesalarizată sau/și indemnizată, inclusiv în cadrul vreunei autorități executive, legislative ori judecătorești.
2. Nu exercit nicio altă activitate sau funcție de manager, inclusiv neremunerată.
3. Nu exercit nicio activitate sau funcție în structurile de conducere ale unei alte unități spitalicești.
4. Nu exercit nicio funcție în cadrul organizațiilor sindicale sau patronale de profil.

Dau prezenta declarație cunoscând dispozițiile art. 292 din Codul penal referitoare la infracțiunea de fals în declarații.

Mă angajez să declar imediat orice modificare apărută în legătură cu cele menționate mai sus.

Semnătura .....  
Data 10.03.2014.....