

Program: „Programul Sănătate“

Obiectivul de politică 4: O Europă mai socială și mai favorabilă incluziunii, prin implementarea Pilonului european al drepturilor “

Prioritatea 1: Creșterea calității serviciilor de asistență medicală primară, comunitară, a serviciilor oferite în regim ambulatoriu și îmbunătățirea și consolidarea serviciilor preventive

Obiectiv specific ESO: 4.11

Titlu Apel: Organizarea de programe regionale de prevenire, depistare precoce (screening), diagnostic și direcționare către tratament al pacienților cu boli hepatice cronice – etapa a II-a

Titlul proiectului: HepTest - Program de testare populationala, diagnostic si directionare catre tratament a pacientilor cu boli hepatice cronice din regiunea Centru

Cod SMIS: 343159

Contract de finanțare nr. DGPS 10944/28.01.2026

Anexa nr.4

ÎMPUTERNICIRE

Subsemnatul(a) _____, CNP: _____,
identificat(ă) cu BI/CI seria _____ nr. _____, împuternicesc pe
_____, CNP: _____, identificat(ă) cu BI/CI seria
_____ nr. _____, în calitate de _____, să mă reprezinte la
(numele instituției) pentru depunerea dosarului de selecție în vederea ocupării poziției de
_____ în cadrul proiectului _____
_____, finanțat prin _____,
Cod MySMIS _____.

Data: _____

Semnătura: _____

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul(a) _____, CNP _____, act de
identitate _____ seria _____ nr. _____, eliberat de _____ la data de
_____, valabil până la data de _____, cu domiciliul în _____, str.
_____, nr. _____, bl. _____, ap. _____, județul _____.

Declar către (numele instituției), pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, următoarele:

Dețin calitatea de împuternicit, respectiv mandatar al numitei/numitului _____



Finanțat de
Uniunea Europeană
NextGenerationEU



Program Sănătate

_____, pentru depunerea dosarului de selecție în vederea
ocupării poziției de _____ în
cadrul proiectului _____, finanțat prin _____,
Cod MySMIS _____.

Data: _____

Semnătura: _____