

## Declarație,

Subsemnatul \_\_\_\_\_

cu CNP \_\_\_\_\_ BI/CI \_\_\_\_\_

și domiciliul în \_\_\_\_\_ declar pe propria

raspundere ca boala mea (lui \_\_\_\_\_

cu CNP \_\_\_\_\_) nu a aparut ca rezultat al unei boli

profesionale, accident de munca sau accident sportiv.

Data \_\_\_\_\_

Semnatura

\_\_\_\_\_