**SMC2**

**UNITATEA SANITARĂ ...............................................**

**Nr. Convenție privind eliberarea CCM ........................**

**DECLARAȚIE**

Subsemnatul .....................................reprezentant legal al unității sanitare .................................cu următoarele date de identificare: cod fiscal ................... localitatea ........................................... strada ..........................nr. ............................ județul ........................., declar pe propria răspundere că, în luna ..................................... anul................... nu am eliberat certificat de concediu medical.

**Reprezentant legal al unității sanitare**

**.......................................................**

Data ......................................