

## Declarație,

Subsemnatul<sup>i</sup> .....,  
domiciliat în ....., legitimat cu B.I./C.I.  
seria ....., nr. ....., eliberat de Poliția  
....., la data de .....,  
CNP ....., declar pe propria răspundere  
că afecțiunea **nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident  
de muncă sau sportiv.**

**Menționez că am luat la cunoștință de prevederile  
Codului Penal care sancționează falsul în declarații.**

**Data :**

**Semnătura beneficiarului:**

---

<sup>i</sup> Prin completarea prezentei imi exprim consimțământul în cunoștința de cauza, în mod expres, voluntar și neechivoc, pentru prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către CAS Gorj, conform Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor).