

Denumire furnizor.....

**DECLARATIE  
PROGRAM DE ACTIVITATE**

Subsemnatul(a) ....., declar pe propria răspundere cunoscand că falsul în declarații se pedepsește conform legii, că programul de activitate cu sau fara contract cu Casa de Asigurari de Sanatate Caraș Severin este in conformitate cu legislatia muncii. Precizez ca imi desfasor activitatea la urmatoarele locuri de munca:

1) Loc de munca.....unde am urmatorul program de lucru (precizati intervalul zilnic orar si numarul total de ore/saptamana):

Luni .....

Marti .....

Miercuri .....

Joi .....

Vineri .....

Sambata .....

Duminica.....

Total numar ore/saptamana.....

2) Loc de munca.....unde am urmatorul program de lucru (precizati intervalul zilnic orar si numarul total de ore/saptamana):

Luni .....

Marti .....

Miercuri .....

Joi .....

Vineri .....

Sambata .....

Duminica.....

Total numar ore/saptamana.....

Precizez ca figurez intr-un singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate in **ambulatoriul de specialitate clinic**, la furnizorul.....

Data

Nume, prenume

Semnatura /parafa medic