

CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI CÂMPIA TURZII
SPITALUL MUNICIPAL „DR.CORNEL IGNA” CÂMPIA TURZII
Tel: 0264-365630 Fax: 0264-368325
Str. Avram Iancu, nr. 33, cod postal: 405100
Adresa email: spitalcampiaturzii@yahoo.com
CF:4288268



DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE
Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006
privind reforma în domeniul sănătății - republicată cu modificările ulterioare

Subsemnatul/Subsemnata, _____,
având funcția de medic șef/coordonator al secției/compartimentului/laboratorului
LABORATOR _____ la
Spitalul Municipal “Dr Cornel Igna “ Câmpia Turzii CNP _____ domiciliat în
loc. CÂMPIA TURZII, str. _____, bl. _____,
sc. _____, ap. 3, jud. CLUJ.
Cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria
răspundere:

- în conformitate cu prevederile art. 185 alin. (11) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind
reforma în domeniul sănătății- republicată cu modificările și completările ulterioare, mă aflu în
relație de soț/soție sau rudenie/afin până la gradul IV inclusiv, cu următoarele persoane angajate
ale secției/compartimentului/ laboratorului:

1. Numele și prenumele _____, soț/soția sau gradul de
sau gradul de rudenie/afinitate _____, funcția de _____
în cadrul secției/ compartimentului/ laboratorului.
2. Numele și prenumele _____, soț/soția sau gradul de
sau gradul de rudenie/afinitate _____, funcția de _____
în cadrul secției/ compartimentului/ laboratorului.

Declar că:

- am verificat datele din prezenta declarație, care sunt actuale, reale, corecte și complete;
- nu am furnizat informații false și îmi asum responsabilitatea datelor conținute în prezenta declarație;

Prin semnarea prezentei confirm că am înțeles și mi-am însușit în integritate conținutul declarației.

Data 29.09.2021

Medic șef secție/medic coordonator compartiment/laborator

Semnătura și parafa

CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI CÂMPIA TURZII
SPITALUL MUNICIPAL „DR.CORNEL IGNA” CÂMPIA TURZII
Tel: 0264-365630 Fax: 0264-368325
Str. Avram Iancu, nr. 33, cod postal: 405100
Adresa email: spitalcampiaturzii@yahoo.com
CF:4288268



DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE
Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006
privind reforma în domeniul sănătății - republicată cu modificările ulterioare

Subsemnatul/Subsemnata, _____,
având funcția de medic șef/coordonator al secției/compartimentului/laboratorului
CHIRURGIE GENITALĂ _____ la
Spitalul Municipal „Dr Cornel Igna” Câmpia Turzii, CNP. _____
loc. Cluj-Mareș str. _____ domiciliat în
sc. _____, ap. _____, jud. _____, bl. _____,
Cunoscând prevederile art. 306 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria
răspundere:

- în conformitate cu prevederile art. 185 alin. (11) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind
reforma în domeniul sănătății- republicată cu modificările și completările ulterioare, mă aflu în
relație de soț/soție sau rudenie/afin până la gradul IV inclusiv, cu următoarele persoane angajate
ale secției/compartimentului/ laboratorului:

1. Numele și prenumele _____, soț/soția sau gradul de
sau gradul de rudenie/afinitate _____, funcția de _____
în cadrul secției/ compartimentului/ laboratorului.
2. Numele și prenumele _____, soț/soția sau gradul de
sau gradul de rudenie/afinitate _____, funcția de _____
în cadrul secției/ compartimentului/ laboratorului.

Declar că:

- am verificat datele din prezenta declarație, care sunt actuale, reale, corecte și complete;
- nu am furnizat informații false și îmi asum responsabilitatea datelor conținute în prezenta declarație;

Prin semnarea prezentei confirm că am înțeles și mi-am însușit în integritate conținutul declarației.

Data

Medic șef secție/medic coordonator compartiment/laborator
Semnătura și parafa _____

CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI CÂMPIA TURZII
SPITALUL MUNICIPAL „DR.CORNEL IGNA” CÂMPIA TURZII
Tel: 0264-365630 Fax: 0264-368325
Str. Avram Iancu, nr. 33, cod postal: 405100
Adresa email: spitalcampiaturzii@yahoo.com
CF:4288268



DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE
Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006
privind reforma în domeniul sănătății - republicată cu modificările ulterioare

Subsemnatul/Subsemnata, _____,
având funcția de medic șef/coordonator al secției/compartimentului/laboratorului
MEDIC COORDONATOR AL COMPARTIMENTULUI ÎNGRIJIRI PALIATIVE la
Spitalul Municipal “Dr Cornel Igna” Câmpia Turzii, CNP. _____, domiciliat în
loc. **PLUY-NAROCA**, str. _____, nr. _____,
sc. _____, jud. _____,
Cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria
răspundere:

- în conformitate cu prevederile art. 185 alin. (11) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind
reforma în domeniul sănătății- republicată cu modificările și completările ulterioare, mă aflu în
relație de soț/soție sau rudenie/afin până la gradul IV inclusiv, cu următoarele persoane angajate
ale secției/compartimentului/ laboratorului:

1. Numele și prenumele _____, soț/soția sau gradul de
sau gradul de rudenie/afinitate _____, funcția de _____
în cadrul secției/ compartimentului/ laboratorului.
2. Numele și prenumele _____, soț/soția sau gradul de
sau gradul de rudenie/afinitate _____, funcția de _____
în cadrul secției/ compartimentului/ laboratorului.

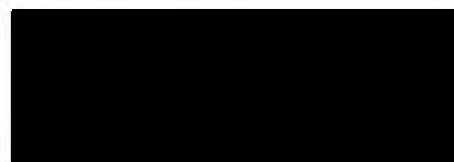
Declar că:

- am verificat datele din prezenta declarație, care sunt actuale, reale, corecte și complete;
- nu am furnizat informații false și îmi asum responsabilitatea datelor conținute în prezenta declarație;

Prin semnarea prezentei confirm că am înțeles și mi-am însușit în integritate conținutul declarației.

Data **29.09.2021**

Medic șef secție/medic coordonator compartiment/laborator
Semnătura și parafa



CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI CÂMPIA TURZII
SPITALUL MUNICIPAL „DR.CORNEL IGNA” CÂMPIA TURZII
Tel: 0264-365630 Fax: 0264-368325
Str. Avram Iancu, nr. 33, cod postal: 405100
Adresa email: spitalcampiaturzii@yahoo.com
CF:4288268



DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE
Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006
privind reforma în domeniul sănătății - republicată cu modificările ulterioare

Subsemnatul/Subsemnata, _____
având funcția de medic șef/ _____ la
Spitalul Municipal "Dr Cornel Igna" Câmpia Turzii, CNP _____ la
loc. CLUJ-NAPCA, str. _____, nr. _____, jud. _____, domiciliat în
sc _____, nr. _____, jud. _____,
Cunoscând prevederile art. 310 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria
răspundere:

- în conformitate cu prevederile art. 185 alin. (11) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind
reforma în domeniul sănătății- republicată cu modificările și completările ulterioare, mă aflu în
relație de soț/soție sau rudenie/afin până la gradul IV inclusiv, cu următoarele persoane angajate
ale secției/compartimentului/ laboratorului:

1. Numele și prenumele _____, soț/soția sau gradul de
sau gradul de rudenie/afinitate _____, funcția de _____
în cadrul secției/ compartimentului/ laboratorului.
2. Numele și prenumele _____, soț/soția sau gradul de
sau gradul de rudenie/afinitate _____, funcția de _____
în cadrul secției/ compartimentului/ laboratorului.

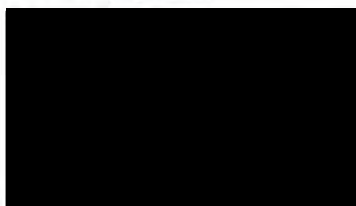
Declar că:

- am verificat datele din prezenta declarație, care sunt actuale, reale, corecte și complete;
- nu am furnizat informații false și îmi asum responsabilitatea datelor conținute în prezenta declarație;

Prin semnarea prezentei confirm că am înțeles și mi-am însușit în integritate conținutul declarației.

Data 29-09-2021.

Medic șef secție/medic coordonator compartiment/laborator
Semnătura și parafa



CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI CÂMPIA TURZII
SPITALUL MUNICIPAL „DR.CORNEL IGNA” CÂMPIA TURZII
Tel: 0264-365630 Fax: 0264-368325
Str. Avram Iancu, nr. 33, cod postal: 405100
Adresa email: spitalcampiaturzii@yahoo.com
CF:4288268



DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE
Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006
privind reforma în domeniul sănătății - republicată cu modificările ulterioare

Subsemnatul/Subsemnata, _____,
având funcția de medic șef coordonator al secției compartimentului/laboratorului
PERIATRIE _____ la
Spitalul Municipal “Dr Cornel Igna” Câmpia Turzii, CNP _____ domiciliat în
loc. CÂMPIA TURZII, str. _____, bl. _____,
sc. _____, ap. _____, jud. _____,
Cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria
răspundere:

- în conformitate cu prevederile art. 185 alin. (11) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind
reforma în domeniul sănătății- republicată cu modificările și completările ulterioare, mă aflu în
relație de soț/soție sau rudenie/afin până la gradul IV inclusiv, cu următoarele persoane angajate
ale secției/compartimentului/ laboratorului:

1. Numele și prenumele _____, soț/soția sau gradul de
sau gradul de rudenie/afinitate _____, funcția de _____
în cadrul secției/ compartimentului/ laboratorului.
2. Numele și prenumele _____, soț/soția sau gradul de
sau gradul de rudenie/afinitate _____, funcția de _____
în cadrul secției/ compartimentului/ laboratorului.

Declar că:

- am verificat datele din prezenta declarație, care sunt actuale, reale, corecte și complete;
- nu am furnizat informații false și îmi asum responsabilitatea datelor conținute în prezenta declarație;

Prin semnarea prezentei confirm că am înțeles și mi-am însușit în integritate conținutul declarației.




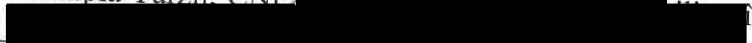


Data 29.09.2021

Medic șef secție/medic coordonator compartiment/laborator
Semnătura și parafa


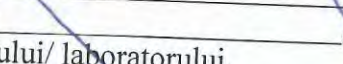

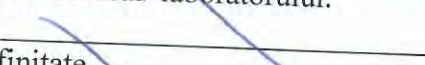
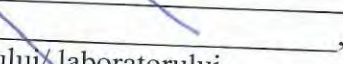

CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI CÂMPIA TURZII
SPITALUL MUNICIPAL „DR.CORNEL IGNA” CÂMPIA TURZII
Tel: 0264-365630 Fax: 0264-368325
Str. Avram Iancu, nr. 33, cod postal: 405100
Adresa email: spitalcampiaturzii@yahoo.com
CF:4288268



DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE
Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006
privind reforma în domeniul sănătății - republicată cu modificările ulterioare

Subsemnatul/Subsemnata, ,
având funcția de medic șef/ FALACEȘTI ȘEF coordonator al secției/compartimentului/laboratorului
Spitalul Municipal „Dr. Cornel Igna” Câmpia Turzii, CNP.  la
loc. , str.  în
sc.  ud. CHU 
Cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria
răspundere:

- în conformitate cu prevederile art. 185 alin. (11) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind
reforma în domeniul sănătății- republicată cu modificările și completările ulterioare, mă aflu în
relație de soț/soție sau rudenie/afin până la gradul IV inclusiv, cu următoarele persoane angajate
ale secției/compartimentului/ laboratorului:


1. Numele și prenumele , soț/soția sau gradul de
sau gradul de rudenie/afinitate , funcția de 
în cadrul secției/ compartimentului/ laboratorului.
2. Numele și prenumele , soț/soția sau gradul de
sau gradul de rudenie/afinitate , funcția de 
în cadrul secției/ compartimentului/ laboratorului.

Declar că:

- am verificat datele din prezenta declarație, care sunt actuale, reale, corecte și complete;
- nu am furnizat informații false și îmi asum responsabilitatea datelor conținute în prezenta declarație;

Prin semnarea prezentei confirm că am înțeles și mi-am însușit în integritate conținutul declarației.

Data 29.09.2021

Medic șef secție/medic coordonator compartiment/laborator
Semnătura și parafa 

CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI CÂMPIA TURZII
SPITALUL MUNICIPAL „DR.CORNEL IGNA” CÂMPIA TURZII
Tel: 0264-365630 Fax: 0264-368325
Str. Avram Iancu, nr. 33, cod postal: 405100
Adresa email: spitalcampiaturzii@yahoo.com
CF:4288268



DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE
Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006
privind reforma în domeniul sănătății - republicată cu modificările ulterioare

Subsemnatul/Subsemnata, _____,
având funcția de medic șef _____
RADIOLOGIE al secției/compartimentului/laboratorului
Spitalul Municipal “Dr Cornel Igna” Câmpia Turzii, CNP _____ la
loc. CÂMPIA TURZII, str. _____ domiciliat în
sc. _____, ap. _____, jud. _____ nr. _____ bl. _____,
Cunoscând prevederile art. 526 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria
răspundere:
- în conformitate cu prevederile art. 185 alin. (11) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind
reforma în domeniul sănătății- republicată cu modificările și completările ulterioare, mă aflu în
relație de soț/soție sau rudenie/afin până la gradul IV inclusiv, cu următoarele persoane angajate
ale secției/compartimentului/ laboratorului:
1. Numele și prenumele _____, soț/soția sau gradul de
sau gradul de rudenie/afinitate _____, funcția de _____
în cadrul secției/ compartimentului/ laboratorului.
2. Numele și prenumele _____, soț/soția sau gradul de
sau gradul de rudenie/afinitate _____, funcția de _____
în cadrul secției/ compartimentului/ laboratorului.

Declar că:
- am verificat datele din prezenta declarație, care sunt actuale, reale, corecte și complete;
- nu am furnizat informații false și îmi asum responsabilitatea datelor conținute în prezenta declarație;

Prin semnarea prezentei confirm că am înțeles și mi-am însușit în integritate conținutul declarației.

Data 29.09.2021

Medic șef secție/medic coordonator compartiment/laborator
Semnătura și paraf

CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI CÂMPIA TURZII
SPITALUL MUNICIPAL „DR.CORNEL IGNA” CÂMPIA TURZII
Tel: 0264-365630 Fax: 0264-368325
Str. Avram Iancu, nr. 33, cod postal: 405100
Adresa email: spitalcampiaturzii@yahoo.com
CF:4288268



DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE
Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006
privind reforma în domeniul sănătății - republicată cu modificările ulterioare

Subsemnatul/Subsemnata, _____,
având funcția de medic șef/ coordonator al secției/compartimentului/laboratorului
Medicina Internă la
Spitalul Municipal “Dr Cornel Igna” Câmpia Turzii, CNP _____ domiciliat în
loc. *Câmpia Turzii*, str. _____, bl. _____,
sc. _____, ap. _____,

Cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere:

- în conformitate cu prevederile art. 185 alin. (11) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății- republicată cu modificările și completările ulterioare, mă aflu în relație de soț/soție sau rudenie/afin până la gradul IV inclusiv, cu următoarele persoane angajate ale secției/compartimentului/ laboratorului:

1. Numele și prenumele _____, soț/soția sau gradul de sau gradul de rudenie/afinitate _____, funcția de _____ în cadrul secției/ compartimentului/ laboratorului.

2. Numele și prenumele _____, soț/soția sau gradul de sau gradul de rudenie/afinitate _____, funcția de _____ în cadrul secției/ compartimentului/ laboratorului.

Declar că:

- am verificat datele din prezenta declarație, care sunt actuale, reale, corecte și complete;

- nu am furnizat informații false și îmi asum responsabilitatea datelor conținute în prezenta declarație;

Prin semnarea prezentei confirm că am înțeles și mi-am însușit în integritate conținutul declarației.

Data *29.09.2021*

Medic șef secție/medic coordonator compartiment/laborator
Semnătura și parafa