

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul,
domiciliat în,
CNP, posesor al CI seria,
Nr....., eliberat de Poliția, la data de
....., declar pe propria răspundere că nu sunt bolnav de
epilepsie sau alte boli psihice și că adevărul medicală este completă.

De asemenea, declar că documentele depuse în acest dosar sunt
autentice.

Data,

.....

Semnătura,

.....