



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

„Dotarea USTACC din cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Cluj pentru tratarea pacienților cardiaci critici”, Cod SMIS: SMIS 349476, Cod apel: PS/665/PS_P3/OP4/RSO4.5/PS_P3_RSO4.5_A7
Contract de finanțare nr. 50377/23.04.2026

IMPUTERNICIRE

Subsemnatul(a) _____ CNP _____ identificat cu BI/CI
seria _____ nr. _____, imputernicesc pe _____, CNP
_____, identificat cu BI/CI seria _____ nr. _____, Urgență Cluj
Napocain calitate de _____, sa ma reprezinte la Spitalul Clinic Județean de Urgență
Cluj Napoca pentru depunerea dosarului de selecție în vederea ocupării poziției de
_____ în cadrul proiectului „Dotarea USTACC
din cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Cluj pentru tratarea pacienților cardiaci critici”, Cod
SMIS: SMIS 349476, Cod apel: PS/665/PS_P3/OP4/RSO4.5/PS_P3_RSO4.5_A7 Contract de finanțare nr.
50377/23.04.2026

Data.....

Semnatura.....

DECLARATIE PE PROPRIA RASPUNDERE

Subsemnatul(a) _____ CNP _____, act de
identitate _____ seria _____ nr. _____ eliberat de _____ la data de _____ valabil pana la data
de _____, cu domiciliul în _____, str. _____, nr. _____, bloc _____ ap. _____
judetul _____.

Declar catre (nume institutie), pe propria raspundere, constient fiind de prevederile art. 326 din Codul
penal cu privire la falsul în declaratii, urmatoarele:

Dețin calitatea de împuternicit respectiv mandatar al
numitei/numitului _____, pentru depunerea
dosarului de selecție în vederea ocupării poziției de

_____ în cadrul proiectului „Dotarea
USTACC din cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Cluj pentru tratarea pacienților cardiaci critici”,
Cod SMIS: SMIS 349476, Cod apel: PS/665/PS_P3/OP4/RSO4.5/PS_P3_RSO4.5_A7 Contract de finanțare
nr. 50377/23.04.2026

Data:.....

Semnătura.....

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Sănătate



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN
DE URGENȚĂ CLUJ-NAPOCA