



SPITALUL MUNICIPAL DE URGENȚĂ PAȘCANI
Str.Grădiniței nr.5, jud.Iași, CP 705200 Tel: 0232763600; Fax: 0232765060
e-mail:spitalulmunicipalpașcani@yahoo.com
Operator date caracter personal :11549

Nr..... /Data.....

Aprobat manager,

DOMNULE MANAGER

Subsemnatul/Subsemnata
domiciliat(a) în localitatea, str.....,
bl....., sc....., ap....., jud....., C.N.P., posesor al CI/BI
serie nr., eliberat de la data de/...../.....,
telefon, e-mail având profesia/ocupația de
..... vă adresez rugămintea de a-mi aproba participarea la activități de
voluntariat în perioada de la/...../20.... până la data de/...../20...., inclusiv.

Menționez faptul că doresc să desfășor activități de voluntariat, în conformitate cu prevederile *Legii nr. 78/2014 privind reglementarea activității de voluntariat în România, cu modificările și completările ulterioare*, în cadrul secției/compartimentului din cadrul Spitalului Municipal de Urgență Pașcani, în calitate de ... *1.

Instituția de învățământ absolvită

Cunoscând prevederile *Legii nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare*, cu privire la uzul de fals, subsemnatul(a) declar pe propria răspundere că nu am antecedente penale, nu am fost condamnat/ă pentru săvârșirea unei infracțiuni contra umanității, contra statului sau contra autorității, de serviciu sau în legătură cu serviciul, care împiedică înfăptuirea justiției, de fals ori a unor fapte de corupție sau a unei infracțiuni săvârșite cu intenție, care m-ar face incompatibil/ă cu exercitarea activității de voluntariat.

Nume prenume voluntar

Aprobare sef sectie/compart.

Semnatura

Avizare
Coordonator program voluntariat

*1 Se menționează categoria socio-profesională în care se dorește a se desfășura activitatea de voluntariat (Ex: asistent medical etc.)