

Declarație,

Subsemnatul(a) domiciliat/ în
identificat cu BI/CI seria nr..... având CNP Internat în
UAMS Savarsin prin prezenta, declar că am luat la cunoștință misiunea UAMS Savarsin,
prevederile ROI, Codul drepturilor beneficiarilor și sunt de acord cu prevederile Plan Individual
de Intervenție și cu măsurile care sunt luate în ceea ce mă privește.

Mentionez că îmi asum răspunderea pentru nerespectarea celor menționate mai sus.

Data,

Semnătură,