



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN CONSTANȚA

Str. Bravilor Nr. 1, Mun. Constanța, 900270

Tel: 0241/624.711 – Fax: 0241/623.913

e-mail: sajct@ambulance-ct.ro

Operator de date cu caracter personal nr. 39884



Anexa nr. 10

**Formular acord depunere extras REVISAL emis de Inspectoratul Teritorial de  
Muncă**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_ cu  
domiciliul în localitatea \_\_\_\_\_, Str. \_\_\_\_\_  
Nr. \_\_\_\_\_, Bl. \_\_\_\_\_, Sc. \_\_\_\_\_, Et. \_\_\_\_\_, Ap. \_\_\_\_\_, Județul \_\_\_\_\_, telefon  
\_\_\_\_\_, posesorul/posesoarea cărții de identitate seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
emisă de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_, declar pe propria  
răspundere că, în cazul în care voi fi declarat "ADMIS" la concursul/examenul la care particip în  
perioada \_\_\_\_\_, sunt de acord să depun anterior încheierii contractului  
individual de muncă, originalul extrasului REVISAL emis de Inspectoratul Teritorial de Muncă (emis  
la o dată ulterioară publicării anunțului de concurs).

**Data:**

\_\_\_\_\_

**Semnătura:**

\_\_\_\_\_