

**DECLARATIE PE PROPRIA RASPUNDERE**

referitoare la condițiile igienico-sanitare  
pentru unitățile de învățământ

Subsemnatul (a) ..... în calitate de .....  
la ..... cu sediul în localitatea .....  
str ..... nr ..... sect/jud .....  
având codul fiscal ..... declar următoarele pe propria răspundere,  
**cunoscând că declarațiile false sunt pedepsite prin lege :**

Obiectivul..... din localitatea .....  
str ..... nr ..... jud ..... se desfășoară  
activitatea / activitățile ( cod CAEN ) .....

Sunt asigurate următoarele :

1. obiectivul are structura funcțională conform ordinului M.S. .... ( se enumeră  
spațiile / încăperile, destinația acestora, suprafața ) :

.....  
.....  
.....  
.....

2. posed următoarele dotări și echipamente specifice activității desfășurate :

.....  
.....  
.....  
.....

3. dețin acordul asociației de proprietari și al locatarilor din imediata vecinătate , conform  
Legii locuinței nr. 114/1996 republicată cu modificările și completările ulterioare ( pentru  
obiective aflate în imobile colective ) DA / NU

4. în obiectiv sunt asigurate următoarele utilități:

- a. apa potabilă distribuită în sistem centralizat / din sursă proprie (puț forat, fântână cu hidrofor,  
buletin de analiză a apei nr ..... din data .....
- b. apă caldă DA / NU
- c. grup sanitar cu racord la apă curentă DA /NU, amplasat în incintă / exterior
- d. canalizare – racord la sistem public / alt sistem de evacuare ape uzate
- e. evacuare deșeuri menajere conform contractului nr. .... cu societatea .....
- f. nr. angajați : cadre didactice ..... personal de întreținere ..... AU / NU AU verificată  
starea de sănătate prin serviciul specializat de medicina muncii SC .....

MĂ ANGAJEZ SĂ RESPECT REGLEMENTĂRILE LEGALE ÎN VIGOARE  
SPECIFICE DOMENIULUI MEU DE ACTIVITATE

Am fost informat în legătură cu conținutul Ordinului Ministrului Sănătății nr. 1030 / 20.08.2009, art.7 (1) d. conform căruia, pentru obținerea Autorizației Sanitare de Funcționare în baza declarației pe propria răspundere, unitățile de învățământ care prezintă neconformități, vor depune la Direcția de Sănătate Publică Ilfov, până pe data de ....., un plan de conformare și dovada existenței surselor de finanțare pentru activitățile cuprinse în programul de conformare.

Unitățile care nu sunt conforme și prezintă plan de conformare dar nu fac dovada finanțării, vor primi notificare de respingere.

Data

Semnatura solicitantului  
L.S.