**Declaraţie privind situaţiile de incompatibilitate**

Subsemnatul/a \_\_

născut/ă la data de în localitatea \_\_ ,

judeţul . având CNP , posesor/oare a

cărţii de identitate seria nr. din data de . candidat/ă pe postul de

poziţia , din Statul de funcţii al Facultăţii din cadrul Universităţii “Aurel Vlaicu” din Arad, sub sancţiunea suportării tuturor consecinţelor legale pentru declaraţii false, prevăzute de Codul penal, declar pe propria răspundere că în situaţia în care voi câştiga examenul nu mă voi afla în vreuna din situaţiile de incompatibilitate prevăzute de Legea învățământului superior [nr. 199/2023](Doc:1230019902/1), cu modificarile și completarile ulterioare.

Arad la: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(numele şi prenumele)

(semnătura)