

## DECLARATIE

Subsemnata/Subsemnatul \_\_\_\_\_, domiciliata/domiciliat in \_\_\_\_\_,  
identificata/identificat cu CI/BI seria \_\_\_\_ nr.\_\_\_\_\_, CNP: \_\_\_\_\_,  
declar pe proprie raspundere ca respect dispozițiile legale în vigoare referitoare la  
activitatea de membru in Consiliul de Administratie pe care urmează să o desfășor  
in cadrul SIF Oltenia SA si nu ma aflu în situațiile de incompatibilitate prevăzute  
de legislația în vigoare.

In cazul în care ma voi afla intr-o situatie de incompatibilitate cu activitatea  
de membru in Consiliul de Administratie al SIF Oltenia SA, înțeleg să renunț la  
situația respectivă, în termen de 30 de zile de la data comunicării aprobării de către  
A.S.F. si sa transmit la expirarea termenului documentele justificative ce relevă  
ieșirea din incompatibilitate.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_