

Declarație de incompatibilitate

Subsemnatul/a _____, domiciliat/ă în localitatea _____, județ/sector _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, apt. _____, telefon _____, e-mail _____ declar pe proprie răspundere că:

- ☐ Dispun de o bună reputație și onorabilitate.
- ☐ Nu sunt soț/soție, rudă sau afin până la gradul al doilea cu angajații Fondului de garantare.
- ☐ Nu dețin în cadrul unui asigurător calitatea de angajat sau director, membru al consiliului de administrație, al consiliului de supraveghere ori directoratului, după caz.
- ☐ Nu sunt senator, deputat, membru al Guvernului sau nu dețin funcții de conducere în cadrul vreunui partid politic ori organizație politică pe perioada exercitării mandatului.
- ☐ Nu am fapte înscrise în cazierul judiciar.
- ☐ Nu sunt angajat al Fondului de garantare.
- ☐ Nu sunt auditor statutar/partener/angajat al auditorului financiar care efectuează auditul statutar al FGA și nu am prestat servicii de audit statutar pentru FGA în ultimii 3 ani.
- ☐ Am luat la cunoștință Informarea GDPR inclusiv faptul că interviul socio-profesional poate fi înregistrat audio, în scop probatoriu și pentru asigurarea trasabilității procesului de selecție.
- ☐ Nu voi participa la luarea deciziilor privind un asigurător, în cadrul căruia o persoană, cu care aceștia se află în una dintre relațiile enumerate la art. 21 alin. (1) din Legea nr. 213/2015, face parte din conducerea asigurătorului definită conform prevederilor art. 1 alin. (2) pct. 10 din Legea nr. 237/2015.

Sub sancțiunea legii, declar că toate informațiile cuprinse în acest formular sunt complete și conforme cu realitatea, și că nu mă regăsesc în situații de incompatibilitate sau conflict de interese potrivit art. 20 și 21 din Legea nr. 213/2015 privind Fondul de Garantare a Asiguraților.

Da ☐ Nu ☐

Data:

Semnătura: