

## DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul/a .....

CNP: ....., legitimat/ă cu C.I. seria: ..... nr. ....

domiciliat/ă în: loc. ...., str. ....bl. ...., sc. ....,

ap. ...., jud. .... tel. ...., e-mail. ....,

angajat/ă la ....., în funcția de: .....,

posesor al certificatului de membru eliberat de OAMGMAMR Filiala .....,

seria: ....., nr. ...., din data de: ....., declar pe propria

răspundere că:

- nu am suferit condamnări penale pentru săvârșirea cu intenție a unei infracțiuni contra umanității sau vieții în împrejurările legale de exercitare a profesiei de asistent medical generalist/moașă/asistent medical și nu mi s-a aplicat pedeapsa interdicției de a exercita profesia prin hotărâre judecătorească sau disciplinară;
- nu am săvârșit nici o infracțiune de natură a aduce atingere demnității profesionale sau bunelor moravuri conform Codului de Etică și Deontologie al asistentului medical generalist, moașei și asistentului medical;

Am luat la cunoștință că exercitarea profesiei de asistent medical generalist, moașă și respectiv asistent medical este incompatibilă cu orice acțiune care aduce atingere demnității profesionale sau bunelor moravuri, conform Codului de Etică al OAMGMAMR.

Data.....

Semnătura,