

DECLARAȚIE

Subsemnatul/a _____,
domiciliat/a în _____,
str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____,
ap _____, CNP _____, legitimat cu CI/BI seria _____ nr. _____,
eliberat/ă de _____, valabilă până la data de _____,
cunoscând prevederile legii penale privind falsul în declarații, precum și pe cele ale Ordonanței de Urgență nr. 144/2008, astfel cum a fost aprobată prin Legea nr. 53/2014, cu modificările și completările ulterioare, **declar pe propria răspundere că:**

☐ nu am fost condamnat definitiv pentru săvârșirea vreunei infracțiuni legate de exercitarea profesiei de asistent medical generalist/ moașă/ asistent medical;

☐ nu s-a aplicat împotriva mea sancțiunea interzicerii exercitării profesiei de asistent medical generalist/ moașă/ asistent medical;

☐ nu sufăr de afecțiuni/boli care să mă facă incompatibil cu exercitarea profesiei de asistent medical generalist/ moașă/ asistent medical;

☐ Nu am ☐ Am exercitat profesia de asistent medical generalist/ moașă/ asistent medical în țară și/sau străinătate în perioada _____

Drept pentru care dau și semnez prezenta declarație.

Data astăzi: _____, **la sediul** _____.

Nume complet _____

Semnătura _____