

DECLARAȚIE,

Subsemnatul/a, _____,
CNP _____ declar pe propria răspundere, cunoscând
prevederile legii penale cu privire la falsul în declarații, că, la data prezentei cereri nu
exercit profesia de asistent medical generalist, moașă sau asistent medical pe teritoriul
României. Drept pentru care dau și semnez prezenta declarație.

Data,

Semnătura,