

Declarație pe propria răspundere,
privind nedemnități și incompatibilități

Subsemnatul/a.....

CNP....., legitimat/ă cu BI/CI seria.....,
nr....., cu domiciliul stabil în localitatea.....
jud/sect.....,str.....
bl.....,sc.....,ap.....tel....., declar
pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile privind nedemnitățile și
incompatibilitățile prevăzute de art.14 și art.15 din O.U.G. nr.144/2008, aprobată
prin Legea nr.53/2014, cu modificările și completările ulterioare, respectiv:

- Nu am fost condamnat/ă definitiv pentru săvârșirea unei infracțiuni legate de exercitarea profesiei;
- Nu mi s-a aplicat interzicerea exercitării profesiei;
- Nu am întreprins nici o acțiune de natură a aduce atingere demnității profesionale de asistent medical generalist, moașă și respectiv, asistent medical sau bunelor moravuri, conform Codului de etică și deontologie al asistentului medical generalist, moașei și asistentului medical.

Data,

Semnătura,