

DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE

Subsemnatul/a

CNP.....,legitimat/ă cu BI/CI seria.....,

Nr.....,domiciliat/ă în localitatea

jud/sect.....,str.....,

bl.....,sc....., ap..... tel.....,

angajat/ă.....,

în funcția de

posesor al certificatului de membru eliberat de OAMGMAMR – filiala Olt,
seria.....,nr.....,din data.....

declar pe propria răspundere că:

- Nu am fost condamnat definitiv pentru săvârșirea cu intenție a unei infracțiuni contra umanității sau vieții în împrejurari legate de exercitare a profesiei;
- Nu mi s-a aplicat pedeapsa interdicției de a exercita profesia prin hotărâre judecătorească sau disciplinară
- Am luat la cunoștință că exercitarea profesiei de asistent medical generalist,moașă și respectiv asistent medical este incompatibilă cu orice acțiune de natură ce aduce atingere demnității profesionale sau bunelor moravuri, conform Codului de Etică și Deontologie al OAMGMAMR

Data,

Semnătură,