

DECLARAȚIE PE PROPRIA 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
Municipiului București, 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 împrejurări legale 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, moasă 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,

Semnatura,