



### **DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE**

Conform legii 53/2014 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist,  
moașă și asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților

Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_  
domiciliat (ă) în loc. \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_,  
CI seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, telefon nr. \_\_\_\_\_, declar pe proprie  
răspundere următoarele :

- Nu am fost condamnat definitiv pentru săvârșirea cu intenție a unei infracțiuni contra umanității sau vieții în împrejurări legate de exercitarea profesiei și pentru care nu a intervenit reabilitarea
- Nu mi s-a aplicat pedeapsa interdicției de a exercita profesia pe durata stabilită prin hotărâre judecătorească sau disciplinară
- Nu sunt incompatibil cu orice acțiune de natură de a aduce atingere demnității profesionale de asistent medical generalist, moașă, asistent medical sau bunelor moravuri conform Codului de etică și deontologie profesională.

Data,

Semnătura,