

DECLARATIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE
PRIVIND STATUTUL PROFESIONAL ȘI CIVIL

Subsemnata/ul _____ având CNP _____
_____ medic înscris în Registrul Național al Medicilor sub
codul de parafă _____ cunoscând faptul că **falsul în declarații este pedepsit de Codul
penal**, declar pe propria răspundere următoarele:

I. Facultatea absolvită _____
(numele facultății, localitatea, specialitatea)

II. An absolvire facultate _____ **III.** An examen licență _____

IV. Nume purtate anterior în diverse acte legate de profesia de medic: _____

III.a _____ **III.b** _____

V. Examine susținute :
(se completează cel mai important examen de la fiecare specializare medicală obținută)

V.a _____
(titlul medical, specialitatea medicală, ordinul MS, nr. ord. MS)

V.b _____
(titlul medical, specialitatea medicală, ordinul MS, nr. ord. MS)

V.c _____
(doctor în medicină, ord. MS, anul ord. MS)

VI. Competențe:

VI.a _____
(numele competenței – actul doveditor: seria, numărul, anul)

VI.b _____
(numele competenței – actul doveditor: seria, numărul, anul)

VI.c _____
(numele competenței – actul doveditor: seria, numărul, anul)

VII. Supraspecializări:

VII.a _____
(numele supraspecializării – actul doveditor: seria, numărul, anul)

VIII. Unitatea de încadrare _____

(numele unității de încadrare)

înregistrată în Registrul unic al unităților sanitare din București sub numărul de cod _____

adresa _____

VIII.a Data încadrării _____ **VIII.b** Normă _____

(întreagă/partială)

VIII.c Funcția ocupată _____

VIII.e Secția _____

(dacă este cazul)

IX. Autorizația de liberă practică medicală _____

(seria și numărul certificatului de membru CMR/data ultimei vize sau data emiterii)

X. Telefoane contact _____ / _____ / _____

Email _____

Data _____

Semnătura și parafa _____