**DECLARAŢIE,**

Subsemnatul/a……………………………………………………..........................

CNP………………………………….., domiciliat/ă în .........................................

.................................................................................................................................

.................................................................................................................................

**declar pe proprie răspundere**

că îndeplinesc condiţiile privind nedemnităţile şi incompatibilităţile prevăzute de art. 388 și art. 389 din Legea nr. 95/2006, cu privire la reforma în domeniul sănătății, republicată, pentru exercitarea profesiei de medic, respectiv:

Nu am fost condamnat/ă definitiv pentru săvârşirea cu intenţie a unei infracţiuni contra umanităţii sau vieţii în împrejurări legate de exercitarea profesiei de medic şi pentru care nu a intervenit reabilitarea;

Nu mi s-a aplicat pedeapsa interdicţiei de a exercita profesia, pe durata stabilită, prin hotărâre judecătorească sau disciplinară.

Nu dețin calitatea de angajat sau colaborator al unităţilor de producţie ori distribuţie de produse farmaceutice sau materiale sanitare;

Nu mă aflu în situația prevăzută de art. 295 din Legea 95/2006 cu privire la reforma în domeniul sănătății, republicată, care dispune: „*(1) Personalul CNAS și al caselor de asigurări este constituit din funcționari publici și personal contractual, în condițiile legii, și nu pot desfășura activități la furnizori de servicii medicale.*”

Am o stare de sănătate fizică și psihică corespunzătoare pentru exercitarea acestei profesii;

Declar că am luat la cunoștință de faptul că în termen de 10 zile de la apariţia unei situaţii de incompatibilitate, sunt obligat/ă să anunţ colegiul teritorial al cărui membru sunt.

Data Semnătura

C.I. seria ................ nr..............................