

## DECLARAȚIE,

Subsemnatul/a.....

CNP....., domiciliat/ă în .....

.....

.....

### **declar pe proprie răspundere**

că îndeplinesc condițiile privind nedemnitățile și incompatibilitățile prevăzute de art. 489 și art. 490 din Legea nr. 95/2006, cu privire la reforma în domeniul sănătății, republicată, pentru exercitarea profesiei de medic dentist, respectiv:

Nu am fost condamnat/ă definitiv pentru săvârșirea cu intenție a unei infracțiuni contra umanității sau vieții în împrejurări legate de exercitarea profesiei de medic dentist și pentru care nu a intervenit reabilitarea;

Nu m-i s-a aplicat pedeapsa interdicției de a exercita profesia, pe durata stabilită, prin hotărâre judecătorească sau disciplinară.

Nu dețin calitatea de angajat sau colaborator al unităților de producție ori distribuție de produse farmaceutice, materiale sanitare sau materiale de tehnică dentară;

Nu exercit în calitate de medic dentist, în mod nemijlocit, activități de producție, comerț sau prestări de servicii;

Nu exercit nici o ocupație de natură a aduce atingere demnității profesionale de medic dentist sau bunelor moravuri;

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

Nu am folosit și n u folosesc cu bună știință cunoștințele medico-dentare în defavoarea sănătății pacientului sau în scop criminal.

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

Declar că nu sunt membru în alt colegiu teritorial din cadrul Colegiului Medicilor Dentiști România.

Data

Semnătura

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