

# D1 – DECLARAȚIE DE NEDEMNITATE SI INCOMPATIBILITATE

## DECLARAȚIE

Subsemnatul/aDr. \_\_\_\_\_,  
domiciliat/a în \_\_\_\_\_,  
CNP \_\_\_\_\_,

Declar pe proprie răspundere că îndeplinesc condițiile reglementate de art. 382 și 383 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, respectiv:

- a) nu am fost condamnat definitiv pentru săvârșirea cu intenție a unei infracțiuni contra umanității sau vieții în împrejurări legate de exercitarea profesiei de medic și pentru care nu a intervenit reabilitarea;
- b) nu mi-a fost aplicată pedeapsa interdicției de a exercita profesia de medic, prin hotărâre judecătorească sau disciplinară.;
- c) nu dețin calitatea de angajat sau colaborator al unei unități de producție ori de distribuție de produse farmaceutice sau materiale sanitare;
- d) starea de sănătate fizică sau psihică îmi permite exercitarea profesiei medicale.

Mă oblig ca în termen de 10 zile de la apariția situațiilor precizate la litera c) sau d) să anunț Colegiului Județean al Medicilor Mureș.

Tg-Mureș, la

---

Semnătura și parafa,

---