

DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul
în _____,
telefon _____, e-mail _____,
identificat prin B.I./C.I./altele serie _____, număr _____, eliberat/ă de
_____ la data _____, de _____, având C.N.P.
_____, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire
la falsul în declarații, **declar pe proprie răspundere**, că:

- ✓ Nu exercit profesia de medic
- ✓ Nu exercit nici o ocupație de natură a aduce atingere demnității profesiei de farmacist sau bunelor moravuri, conform Codului deontologic al farmacistului
- ✓ Am depus jurământul profesional la absolvirea Facultății de Farmacie.

Data

Semnătura,