



**DECLARAȚIE PRIVIND CUNOAȘTEREA LIMBII ROMÂNE**

**în scopul furnizării serviciilor de îngrijiri de sănătate, temporar sau ocazional în România, de către asistenții medicali generalști, moașele și asistenții medicali stabiliți și formați în profesie în alt stat membru UE**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ (nume, prenume inițiala tatălui), născut/ă la data (zi, lună, an) \_\_\_\_\_ în localitatea \_\_\_\_\_, țara \_\_\_\_\_ cetățenia \_\_\_\_\_ cu domiciliul stabil în Str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ et. \_\_\_\_\_, cod poștal \_\_\_\_\_ localitatea \_\_\_\_\_, țara \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, adresă e-mail \_\_\_\_\_ de profesie (după caz- asistent medical generalist/moașă/asistent medical) \_\_\_\_\_, declar pe propria răspundere că posed cunoștințele de limbă română (vorbit și scris) necesare practicării profesiei de \_\_\_\_\_ în România (denumirea profesiei corespondente în România).

Depun prezenta declarație în scopul furnizării serviciilor de îngrijiri de sănătate în calitate de (denumirea profesiei exercitate: asistent medical generalist/moașă/asistent medical...) \_\_\_\_\_ temporar sau ocazional, în România.

Data

Semnătură