

## 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,