



DECLARAȚIE DE INTEGRITATE
la solicitarea disponibilității evaluatorului
pentru perioada

Nume și prenume evaluator:

cu domiciliul în județul și reședința/ locul de muncă (doar dacă reședința sau locul de munca este în alt județ decât cel de domiciliu) în județul

CNP

în raport cu toate unitățile sanitare cu paturi* supuse evaluării în perioada

și prevăzute în Ordinul Președintelui ANMCS nr./

referitor la întrebările/situațiile de mai jos, **declar următoarele:**

SITUAȚII ÎN CARE NU POT DESFĂȘURA ACTIVITATEA DE EVALUARE ÎN CADRUL UNUI SPITAL:	DA	NU	OBSERVAȚII
SUNTEȚI SOȚ/SOȚIE, RUDĂ ORI AFIN PÂNĂ LA GRADUL AL IV-LEA INCLUSIV CU PERSOANE AFLATE ÎN CONDUCEREA SPITALELOR CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII?			
AVEȚI CALITATEA DE ASOCIAT SAU ACȚIONAR LA SPITALELE CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII/ DOCUMENTĂRII?			
AVEȚI CALITATEA DE MEMBRU ÎN ORGANELE DE CONDUCERE SAU DE ADMINISTRARE (RESPECTIV DE MANAGER, DE MEMBRU AL COMITETULUI DIRECTOR, DE ȘEF DE SECȚIE, DE LABORATOR SAU DE SERVICIU SAU DE MEMBRU AL CONSILIULUI DE ADMINISTRAȚIE) ALE VREUNUI SPITAL PUBLIC?			
AVEȚI CALITATEA DE MANAGER GENERAL SAU DE MEMBRU ÎN COMITETUL DIRECTOR ÎN CADRUL SERVICIULUI DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN, RESPECTIV AL MUNICIPIULUI BUCUREȘTI?			
AȚI MAI DESFĂȘURAT ACTIVITĂȚI ÎN CADRUL ÎN LEGĂTURĂ CU SPITALELE CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII (CONTROALE, CONSULTANȚĂ, EVALUĂRI)?			
SUNTEȚI SEMNATAR SAU CO-SEMNATAR AL DOCUMENTELOR, PROGRAMELOR ȘI ALTOR PRODUSE MANAGERIALE ALE SPITALELOR CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII?			
AVEȚI RELAȚII CU CARACTER PATRIMONIAL SAU VREUN INTERES PERSONAL DE NATURĂ PATRIMONIALĂ, DUMNEAVOASTRĂ, SOȚUL/SOȚIA, SAU RUDELE ORI AFINII PÂNĂ LA GRADUL AL IV-LEA INCLUSIV, ÎN LEGĂTURĂ CU SPITALELE CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII SAU AȚI AVUT ÎN ULTIMII 5 ANI?			

Semnătura

Data

SITUAȚII ÎN CARE NU POT DESFĂȘURA ACTIVITATEA DE EVALUARE ÎN CADRUL UNUI SPITAL:	DA	NU	OBSERVAȚII
AVEȚI SAU AȚI AVUT, ÎN ULTIMII 3 ANI, DUMNEAVOASTRĂ, SOȚUL/SOȚIA, SAU RUDELE ORI AFINII PÂNĂ LA GRADUL AL II-LEA INCLUSIV, RELAȚII DE NATURĂ PROFESIONALĂ SAU DIDACTICĂ (MASTERAND, DOCTORAND, ETC.) CU ORGANIZAȚIILE SUPUSE EVALUĂRII SAU CU MEMBRII DIN CONDUCEREA ACESTORA SAU DEȚINÂND FUNCȚII CE PRESUPUN CALITATEA DE INTERLOCUTOR LA APLICAREA LISTELOR DE VERIFICARE (SE VA LUA ÎN CONSIDERARE INCLUSIV RELAȚIONAREA ÎN ASOCIAȚII PROFESIONALE, PREZENTAREA/PARTICIPAREA LA COMISII DE EXAMINARE, CONCURS, DOCTORAT, ATESTAT, ETC.)?			
AȚI FOST IMPLICAT, ÎNTR-O PERIOADĂ DE 3 ANI ANTERIOARĂ DATEI DESFĂȘURĂRII PROCEDURILOR DE EVALUARE A SPITALELOR, ÎNTR-O DISPUTĂ CU PERSOANE DIN CONDUCEREA SPITALELOR CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII?			
SUNTEȚI IMPLICAT DVS./ SOȚUL/ SOȚIA/ RUDELE/ AFINII PÂNĂ LA GRADUL IV INCLUSIV ÎNTR-O ACȚIUNE ÎN JUSTIȚIE CU SPITALELE CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII SAU CU PERSONALUL ACESTORA?			
AȚI AVUT/AVEȚI FUNCȚII SAU AȚI FOST/SUNTEȚI IMPLICAT(Ă) ÎN ULTIMII 3 ANI ÎNTR-UN ALT MOD ÎN ACTIVITATEA SPITALELOR CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII?			
SUNTEȚI SOȚ/ SOȚIE/ RUDĂ/ AFIN PÂNĂ LA GRADUL II INCLUSIV CU ANGAJAȚII A.N.M.C.S.?			
AVEȚI IDEI PRECONCEPUTE FAȚĂ DE PERSOANE, GRUPURI, ORGANIZAȚII SAU OBIECTIVE ÎN LEGĂTURĂ CU SPITALELE CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII, CARE AR PUTEA SĂ VĂ INFLUENȚEZE ÎN ACTIVITATEA DE EVALUARE?			
AȚI ACORDAT ASISTENȚĂ SAU CONSULTANȚĂ SPITALELOR FOLOSIND STATUTUL DE ABSOLVENT AL PROGRAMULUI DE FORMARE ȘI PERFECȚIONARE A EVALUATORILOR CERTIFICAȚI DE Co.N.A.S./A.N.M.C.S./ SNSPMPDS SAU ÎN NUMELE Co.N.A.S./A.N.M.C.S., FĂRĂ A AVEA O ÎMPUTERNICIRE EMISĂ ÎN MOD EXPRES DE Co.N.A.S./A.N.M.C.S. ÎN ACEST SCOP?			
AVEȚI CALITATEA DE DEMNITAR PUBLIC SAU FUNCȚIONAR PUBLIC, ASTFEL CUM SUNT ACEȘTIA DEFINIȚI PRIN LEGEA NR. 161/2003?			
AȚI LUAT CUNOȘTINȚĂ ȘI VĂ ASUMAȚI CODUL DE CONDUITĂ A EVALUATORILOR AFLAT ÎN VIGOARE?			

***Prin unitățile sanitare cu paturi supuse evaluării se înțelege lista spitalelor din anexa la Ordinul Presedintelui ANMCS pentru care se va face desemnarea evaluatorilor prin repartizare aleatorie.**

Suplimentar, se poate atașa o anexă (cu numele și semnătura evaluatorului) pentru observații sau explicații cu privire la relația față de spitalele ce vor fi supuse evaluării și pentru care se solicită declarația.

Dacă până la desemnarea comisiilor în vederea evaluării apare orice incompatibilitate personală dintre cele enumerate mai sus, mă oblig să notific, de îndată, în scris, conducerea A.N.M.C.S. și pe președintele Comisiei de evaluare, dacă acesta a fost desemnat.

Cunoscând prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la infracțiunea de fals în declarații, declar pe proprie răspundere că toate datele și informațiile cuprinse în prezenta declarație sunt reale și conform legii.

Evaluator,
(numele și prenumele în clar)

Semnătura

Data