



Declarație

de disponibilitate privind participarea la evaluarea spitalelor
în vederea acreditării de către Autoritatea Națională de Management în Sănătate
în perioada

și referitor la incompatibilitatea sau conflictul de interese*,

în raport cu spitalele din lista celor cuprinse în planificarea ANMCS pentru perioada
pentru care se solicită disponibilitatea

Subsemnatul/a (nume, prenume),
CNP, C. I. Seria nr. eliberată de
în data de, valabilă până la data de, cu profesia de
....., tel.,
posesor/posesoare al/a certificatului de evaluator de spitale seria nr.
..... eliberat de către Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor /
Școala Națională de Management Dezvoltare și Perfecționare în Domeniu Sanitar
BUCUREȘTI (se va lăsa nebarată instituția emitentă, după caz), la data de
.....,
angajat la cu sediul în județul
adresa....., având funcția de
cu domiciliul în județul, localitatea,
adresa,
și reședința (dacă reședința sau locul de muncă este în altă localitate decât cea de
domiciliu) în județul, localitatea,
adresa

**astfel cum sunt reglementate de dispozițiile legale în vigoare precum și în Codul de conduită a evaluatorilor de spitale înscriși în Registrul evaluatorilor de spitale al Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate*

Semnătura

Data

luând cunoștință de Codul de Conduită al evaluatorilor Co.N.A.S. (în vigoare și în cadrul A.N.M.C.S.), înțelegând regimul incompatibilității și conflictului de interese, prin prezenta mă declar disponibil(ă) / indisponibil(ă)* în vederea participării la evaluarea spitalelor programate în următoarea perioadă:

	DA	NU
perioada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

Data

.....

.....
Semnătura

***exemplu de completare pentru disponibilitate / indisponibilitate în unul dintre cele două intervale (perioade):**

Indisponibil	☞ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="NU"/>
Disponibil	☞ <input type="checkbox" value="DA"/>	<input type="checkbox"/>

Subsemnatul/Subsemnata,

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, precum și pe cele ale: Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată; Legii nr. 188/1999 privind Statutul funcționarilor publici, republicată, cu modificările și completările ulterioare; Legii nr. 161/2003 privind unele măsuri pentru asigurarea transparenței în exercitarea demnităților publice, a funcțiilor publice și în mediul de afaceri, prevenirea și sancționarea corupției, cu modificările și completările ulterioare; prevederile tuturor actelor normative incidente activității sau funcției pe care o exercit,

prin prezenta, asumându-mi răspunderea pentru cele declarate, **declar pe proprie răspundere că NU MĂ AFLU în stare de incompatibilitate sau conflict de interese**, astfel cum sunt reglementate de dispozițiile legale în vigoare precum și în Codul de conduită a evaluatorilor de spitale înscrisi în Registrul evaluatorilor de spitale al Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate, **cu nici una din Comisiile de evaluare a spitalelor pentru care pot fi repartizat(ă) și care sunt incluse în lista anexată (lista cuprinsă în anexa la Ordinul Președintelui ANMCS pentru aprobarea spitalelor ce vor fi evaluate în perioada, pentru care se solicita declarația de disponibilitate).**

Data,

.....

Declarant,

(numele și prenumele în clar, semnătura)

În cazul în care declarantul este în stare de incompatibilitate/conflict de interese cu unul sau mai multe spitale ce urmează a se evalua, în perioada pentru care se solicită disponibilitatea, se va/vor menționa explicit, spitalul/spitalele cu care declarantul se afla în situație de incompatibilitate/conflict de interese/indisponibilitate. Se va anexa lista acestora, sub semnătura privată a declarantului, cu detalierea/motivarea conflictului de interese/incompatibilității/indisponibilității, ținându-se cont și de situațiile legate de județul de domiciliu / reședință / loc de muncă.