**DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE**

 Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având funcția de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, specialitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în cadrul S.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declar pe proprie răspundere, cunoscând prevederile legale privind falsul în declarații, că pacienții minori pentru care voi efectua evaluarea medicală în vederea eliberării certificatului medical tip A5 pentru încadrarea copiilor cu dizabilități într-un grad de handicap, se află sub supravegherea mea medicală, monitorizarea si urmărirea evolutiei bolii pe toată durata valabilității certificatului de încadrarea în grad de handicap, în cazul în care părintele nu renunță la serviciile mele.

 De asemenea, declar că voi completa diagnosticul complet (boala principală, bolile asociate și alte boli) pe certificatele medicale de tip A5 eliberate pentru încadrarea copiilor cu dizabilități în grad de handicap eliberate.

 Certificatul medical de tip A5 va fi înregistrat și va fi contrasemnat și ștampilat de administratorul sau directorul medical al unității sanitare în care îmi desfășor activitatea.

Data \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura și parafa medicului specialist,