**DECLARAȚIE – PROGRAM ASISTENT MEDICAL**

Subsemnatul (a) …….……………………………………………………………………………, CNP:……………………………………………………….. grad profesional…..………………...……, legitimat (a) cu C.I./ seria …….…………. Nr. …………………………………..cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria raspundere că în ambulatoriul pentru specialitatea **medicină dentară** în cadrul:

**1)** **Furnizorului de servicii medicale**: ……..………………………………………………………….. cu adresa punctului de lucru în …………….…………………………………….………………, str…………..……………………………………………., nr. ……, bloc……., scara……, etaj ………… ap……………………, județ………………….,

**am urmatorul program:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CABINET** | **ORAR DE LA** | **LA** | **NR. ORE/ PE ZI** |
| LUNI |  |  |  |
| MARȚI |  |  |  |
| MIERCURI |  |  |  |
| JOI |  |  |  |
| VINERI |  |  |  |
| SÂMBĂTĂ |  |  |  |
| DUMINICĂ |  |  |  |
| SĂRBĂTORI LEGALE |  |  |  |
|  |  | TOTAL ORE/ PE SAPTAMANA |  |

**Data:** **Nume Prenume,**

(semnatura )