

Antet CMR

Nr. inregistrare: 57/23/01.2026**DECLARAȚIE PRIVIND EXERCITAREA CLAUZEI DE CONȘTIINȚĂ**

Numele și prenumele medicului: TICUSAN MIRCEA VASILE
 Specialitatea: OBSTETRICĂ GINECOLOGIE
 Gradul profesional: MEDIC PRIMAR
 Gradul didactic: _____
 CUIM: 2791485965
 CNP: 1870304080100

1. Obiectul declarației

Subsemnatul/Subsemnata Ticusan Mircea Vasile
 declar prin prezenta că îmi exercit **clauza de conștiință**, în conformitate cu art.23,
 alin. (1), lit. d) din Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din
 România.

2. Procedurile/Intervențiile de la care mă abțin

În virtutea convingerilor mele etice, morale sau religioase, optez să nu efectuez
 următoarele tipuri de acte medicale/proceduri la niciun loc de muncă unde îmi exercit
 profesia de medic:

- CHIURSTAJ UTERIN PENTRU AVORT LA
- CERERE
- AVORT MEDICAMENTOS LA CERERE PESTE
- 8 SAPTĂMÂNI

(Se vor completa *clar și specific* procedurile asupra cărora se aplică clauza de
 conștiință.)

3. Limitele aplicării clauzei de conștiință

Declar că neparticiparea mea la procedurile enumerate mai sus:

- nu va afecta asigurarea continuității îngrijirilor medicale,
- nu îmi va diminua obligația de a acționa în situații de urgențe medico-chirurgicale
- nu mă exonerează de obligația de a informa pacientul și de a-l direcționa către un coleg/un serviciu care poate realiza procedura, conform prevederilor legale.

4. Obligația de notificare

Mă angajez să:

- informez în scris conducerea unității medicale cu privire la exercitarea acestei clauze;
- actualizez declarația dacă îmi modific opțiunea;
- colaborez în stabilirea unui plan intern care să asigure preluarea pacienților fără afectarea accesului la servicii medicale.

5. Valabilitatea declarației

Această declarație este valabilă de la data semnării și rămâne în vigoare timp de 12 luni sau până la revocarea expresă de către semnatar.

Declar pe propria răspundere că această decizie este una personală, liber consimțită și că exercitarea clauzei de conștiință nu contravine obligațiilor mele profesionale fundamentale .

Data: ____ / ____ / ____

Semnătura medicului: _____

Antet CMR

Nr. inregistrare: 17723/01.2026**DECLARAȚIE PRIVIND EXERCITAREA CLAUZEI DE CONȘTIINȚĂ**

Numele și prenumele medicului: TIUSAN MIHAI VASILE
 Specialitatea: D. G.
 Gradul profesional: medic Primar
 Gradul didactic: _____
 CUIM: 2791485965
 CNP: 1870404070100

1. Obiectul declarației

Subsemnatul/Subsemnata Tiusan Mihai Vasile
 declar prin prezenta că îmi exercit **clauza de conștiință**, în conformitate cu art.23,
 alin. (1), lit. d) din Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din
 România.

2. Procedurile/Intervențiile de la care mă abțin

În virtutea convingerilor mele etice, morale sau religioase, optez să nu efectuez
 următoarele tipuri de acte medicale/proceduri la niciun loc de muncă unde îmi exercit
 profesia de medic:

- chirurgia, intervenția pentru avort la cerere
- avort medicamentos peste 8 săptămâni de gestație
- _____

(Se vor completa *clar și specific* procedurile asupra cărora se aplică clauza de
 conștiință.)

3. Limitele aplicării clauzei de conștiință

Declar că neparticiparea mea la procedurile enumerate mai sus:

- nu va afecta asigurarea continuității îngrijirilor medicale,
- nu îmi va diminua obligația de a acționa în situații de urgențe medico-chirurgicale
- nu mă exonerează de obligația de a informa pacientul și de a-l direcționa către un coleg/un serviciu care poate realiza procedura, conform prevederilor legale.

4. Obligația de notificare

Mă angajez să:

- informez în scris conducerea unității medicale cu privire la exercitarea acestei clauze;
- actualizez declarația dacă îmi modific opțiunea;
- colaborez în stabilirea unui plan intern care să asigure preluarea pacienților fără afectarea accesului la servicii medicale.

5. Valabilitatea declarației

Această declarație este valabilă de la data semnării și rămâne în vigoare timp de 12 luni sau până la revocarea expresă de către semnatar.

Declar pe propria răspundere că această decizie este una personală, liber consimțită și că exercitarea clauzei de conștiință nu contravine obligațiilor mele profesionale fundamentale .

Data: ____ / ____ / ____

Semnătura medicului: _____

Antet CMR

Nr. inregistrare.....491/22.01.2026.....**DECLARAȚIE PRIVIND EXERCITAREA CLAUZEI DE CONȘTIINȚĂ**

Numele și prenumele medicului: VASILIU SIMONA
 Specialitatea: OBSTETRICĂ GINECOLOGIE
 Gradul profesional medic primar
 Gradul didactic —
 CUIM: 279 1476865
 CNP: 2650804 35 47 80

1. Obiectul declarației

Subsemnatul/Subsemnata Vasilie Simona
 declar prin prezenta că îmi exercit **clauza de conștiință**, în conformitate cu art.23, alin. (1), lit. d) din Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din România.

2. Procedurile/Intervențiile de la care mă abțin

În virtutea convingerilor mele etice, morale sau religioase, optez să nu efectuez următoarele tipuri de acte medicale/proceduri la niciun loc de muncă unde îmi exercit profesia de medic:

- chiretaj uterin pt avort la cerere (indif. de vîrsta sarcinii)
- avort medicamentos la sarcini mai uan de 9 săptăm
- viabile / la cerere

(Se vor completa *clar și specific* procedurile asupra cărora se aplică clauza de conștiință.)

3. Limitele aplicării clauzei de conștiință

Declar că neparticiparea mea la procedurile enumerate mai sus:

- nu va afecta asigurarea continuității îngrijirilor medicale,
- nu îmi va diminua obligația de a acționa în situații de urgențe medico-chirurgicale
- nu mă exonerează de obligația de a informa pacientul și de a-l direcționa către un coleg/un serviciu care poate realiza procedura, conform prevederilor legale.

4. Obligația de notificare

Mă angajez să:

- informez în scris conducerea unității medicale cu privire la exercitarea acestei clauze;
- actualizez declarația dacă îmi modific opțiunea;
- colaborez în stabilirea unui plan intern care să asigure preluarea pacienților fără afectarea accesului la servicii medicale.

5. Valabilitatea declarației

Această declarație este valabilă de la data semnării și rămâne în vigoare timp de 12 luni sau până la revocarea expresă de către semnatar.

Declar pe propria răspundere că această decizie este una personală, liber consimțită și că exercitarea clauzei de conștiință nu contravine obligațiilor mele profesionale fundamentale .

Data: 21 / 01 / 2026

Semnătura medicului: _____



Antet CMR

Nr. inregistrare..... 492 / 22.01.2026**DECLARAȚIE PRIVIND EXERCITAREA CLAUZEI DE CONȘTIINȚĂ**

Numele și prenumele medicului: COLTOFEAN ADELA
 Specialitatea: OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE
 Gradul profesional MENC PRIMAR
 Gradul didactic -
 CUIM: 249 147 326
 CNP: 2830419080101

1. Obiectul declarației

Subsemnatul/Subsemnata _____
 declar prin prezenta că îmi exercit **clauza de conștiință**, în conformitate cu art.23,
 alin. (1), lit. d) din Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din
 România.

2. Procedurile/Intervențiile de la care mă abțin

În virtutea convingerilor mele etice, morale sau religioase, optez să nu efectuez
 următoarele tipuri de acte medicale/proceduri la niciun loc de muncă unde îmi exercit
 profesia de medic:

- AVORT LA CERERE
- _____
- _____

(Se vor completa *clar și specific* procedurile asupra cărora se aplică clauza de
 conștiință.)

3. Limitele aplicării clauzei de conștiință

Declar că neparticiparea mea la procedurile enumerate mai sus:

- nu va afecta asigurarea continuității îngrijirilor medicale,
- nu îmi va diminua obligația de a acționa în situații de urgențe medico-chirurgicale
- nu mă exonerează de obligația de a informa pacientul și de a-l direcționa către un coleg/un serviciu care poate realiza procedura, conform prevederilor legale.

4. Obligația de notificare

Mă angajez să:

- informez în scris conducerea unității medicale cu privire la exercitarea acestei clauze;
- actualizez declarația dacă îmi modific opțiunea;
- colaborez în stabilirea unui plan intern care să asigure preluarea pacienților fără afectarea accesului la servicii medicale.

5. Valabilitatea declarației

Această declarație este valabilă de la data semnării și rămâne în vigoare timp de 12 luni sau până la revocarea expresă de către semnatar.

Declar pe propria răspundere că această decizie este una personală, liber consimțită și că exercitarea clauzei de conștiință nu contravine obligațiilor mele profesionale fundamentale .

Data: 21 / 01 / 2020

Semnătura medicului: _____ 

Antet CMR

Nr. inregistrare

252 / 22.01. 2024

DECLARAȚIE PRIVIND EXERCITAREA CLAUZEI DE CONȘTIINȚĂ

Numele și prenumele medicului: SAAD HANY

Specialitatea: OB. ginecologie

Gradul profesional medic specialist

Gradul didactic _____

CUIM: 2791490139

CNP: 1730918323873

1. Obiectul declarației

Subsemnatul/Subsemnata SAAD HANY
 declar prin prezenta că îmi exercit **clauza de conștiință**, în conformitate cu art.23,
 alin. (1), lit. d) din Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din
 România.

2. Procedurile/Intervențiile de la care mă abțin

În virtutea convingerilor mele etice, morale sau religioase, optez să nu efectuez
 următoarele tipuri de acte medicale/proceduri la niciun loc de muncă unde îmi exercit
 profesia de medic:

- NU efectuez Avort medicamentos, Avort la cerere
- Interruperi de sarcina.
- _____

(Se vor completa *clar și specific* procedurile asupra cărora se aplică clauza de
 conștiință.)

3. Limitele aplicării clauzei de conștiință

Declar că neparticiparea mea la procedurile enumerate mai sus:

- nu va afecta asigurarea continuității îngrijirilor medicale,
- nu îmi va diminua obligația de a acționa în situații de urgențe medico-chirurgicale
- nu mă exonerează de obligația de a informa pacientul și de a-l direcționa către un coleg/un serviciu care poate realiza procedura, conform prevederilor legale.

4. Obligația de notificare

Mă angajez să:

- informez în scris conducerea unității medicale cu privire la exercitarea acestei clauze;
- actualizez declarația dacă îmi modific opțiunea;
- colaborez în stabilirea unui plan intern care să asigure preluarea pacienților fără afectarea accesului la servicii medicale.

5. Valabilitatea declarației

Această declarație este valabilă de la data semnării și rămâne în vigoare timp de 12 luni sau până la revocarea expresă de către semnatar.

Declar pe propria răspundere că această decizie este una personală, liber consimțită și că exercitarea clauzei de conștiință nu contravine obligațiilor mele profesionale fundamentale .

Data: 22 / 01 / 2026

Semnătura medicului: _____

Dr. HANY SAAD
medic specialist
obstetrică-ginecologie
cod H24617