



Colegiul Medicilor din România

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, RO

Cod Fiscal: 9708419; Tel: 021.413.88.00; 021.413.88.03; Fax: 021.413.77.50.

E-mail: office@cmr.ro; web: www.cmr.ro

Decizia

Nr.27 din 19 decembrie 2025

privind adoptarea Declarației privind exercitarea clauzei de conștiință de către membrii
Colegiului Medicilor din România

În temeiul art. 438 și art. 439 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

Față de prevederile art. 23, alin (1), lit. d) din Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din România, aprobat prin Hotărârea Adunării generale naționale nr.2 din 30 octombrie 2025 privind adoptarea Codului de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din România ce va intra în vigoare la 1 ianuarie 2026 și

În vederea asigurării unei practici unitare la nivelul colegiilor teritoriale privind depunerea și evidența declarațiilor anuale referitoare la clauza de conștiință,

**Consiliul național al
Colegiului Medicilor din România decide:**

Art. 1 Se aprobă modelul Declarației anuale privind clauza de conștiință, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta decizie.

Art. 2 Declarația anuală privind clauza de conștiință se completează în două exemplare originale:

- a) un exemplar se arhivează la dosarul personal al medicului la nivelul colegiului teritorial;
- b) un exemplar se înmânează medicului titular.

Art. 3 Prezenta decizie intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2026, se comunică tuturor colegiilor teritoriale și se publică pe site-ul Colegiului Medicilor din România, precum și pe site-urile colegiilor teritoriale.

P R E Ș E D I N T E
Prof. Univ. Dr. CĂTĂLINA POIANĂ

Antet CMR

Nr. inregistrare..... / ... /

DECLARAȚIE PRIVIND EXERCITAREA CLAUZEI DE CONȘTIINȚĂ

Numele și prenumele medicului: _____

Specialitatea: _____

Gradul profesional _____

Gradul didactic _____

CUIM: _____

CNP: _____

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:

- _____
- _____
- _____

(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: _____