

Nr. ___ Prot.

_____, datë ___/___/20__

**FORMULAR MBI SJELLJEN
DHE
PERFORMANCËN PROFESIONALE TË MJEKUT**

Unë Dr. _____, me përgjegjësinë e detyrën si drejtues i Institucionit Shëndetësor _____, konfirmoj se Dr. _____, gjatë ushtrimit të profesionit pranë këtij Institucioni:
(përgjigjuni në mënyrë të detajuar si më poshtë)

1. Është ose jo subjekt i ndonjë ankese të bërë nga pacientë ose familjarë, kolegë, etj, për sjellje jo të denjë profesionale, mos respektim të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, për mjekim të pakujdesshëm apo kequshtrimin e profesionit?

2. Është ose jo në vuajtje dënimi të një mase disiplinore, administrative, apo e ndonjë vepre penale që përfshin revokimin, pezullimin apo kohën e provës në këtë Institucion?
