



## UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CRAIOVA

### DECLARAȚIE

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, candidat la Facultatea \_\_\_\_\_, program de studii \_\_\_\_\_ - Universitatea de Medicină și Farmacie Craiova, sesiunea iulie 2021, declar pe propria răspundere că am luat la cunoștință faptul că, având în vedere că am studiat un număr de \_\_\_\_\_ ani la Facultatea \_\_\_\_\_, program de studii (licență, master) \_\_\_\_\_, Universitatea \_\_\_\_\_, la forma buget, în conformitate cu legislația în vigoare, voi studia la Facultatea \_\_\_\_\_, program de studii \_\_\_\_\_ - Universitatea de Medicină și Farmacie Craiova un număr de \_\_\_\_\_ ani la forma taxă.

DATA

\_\_\_\_\_

Semnătura,

\_\_\_\_\_