



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CRAIOVA

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a) _____, candidat la Facultatea _____, program de studii _____ - Universitatea de Medicină și Farmacie Craiova, sesiunea iulie 2022, 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,
