Declarație pe proprie răspundere

 Subsemnatul ..................................................................................................,

domiciliat în localitatea ......................................................................................., str..........................................nr.........................bl......................ap...........................

posesor al cărții de identitate seria..............nr...................

CNP ....................................................

Declar pe proprie răspundere că actele depuse în copie la dosarul de înscriere la examenul de obținere a titlului de medic/medic stomatolog/farmacist specialist din sesiunea 11 octombrie 2023, sunt conforme cu originalele deținute.

Data Semnătura