



ȘCOALA DOCTORALĂ

Formular III

**Declarație pe propria răspundere privind neparcurgerea anterioară sau actuală a unui
ciclu doctoral finanțat de la bugetul de stat**

Subsemnatul/a domiciliat(ă) în jud.,
localitatea, Str....., nr....., posesor al C.I.
seria, nr....., în calitate de candidat la concursul de admitere organizat de către
I.O.S.U.D. – UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE “CAROL DAVILA” din BUCUREȘTI,
pentru domeniul de studii universitare de doctorat Medicină ☐, Medicină Dentară ☐,
Farmacie ☐,

Declar pe proprie răspundere că

- ☐ nu am urmat un alt program de studii universitare de doctorat finanțat de la bugetul de stat;
☐ am urmat/urmez programul de studii universitare de doctorat la Universitatea
....., domeniul de doctorat, la forma de învățământ IF/FR, cu
finanțare de la bugetul de stat, în perioada

Data

Semnătura

.....