**DECLARAŢIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE**

Subsemnatul.................…......…….............……….........., identificat cu actul de identitate ......................... seria ......., nr. ...……........, eliberat de....…….......…….. la data de .................., valabilitate ......................., CNP……………………………… cu domiciliul în localitatea ...................................................……………., ţara......................................, student la Universitatea......................................................................, doresc transferul în cadrul Universităţii de Medicină şi Farmacie ,,Carol Davila” Bucureşti, Facultatea de ............................................................,specializarea...................................................................., şi declar pe propria răspundere că accept condiţia de a studia în regim cu taxă, în cuantum de:

*  7.500 € (pentru studenții care se transferă în anii II și III)
* 6.000 € (pentru studenții care se transferă în anul IV)

pe toată perioada studiilor, iar înscrisurile din documentele ce atestă perioada studiilor efectuate la Universitate sunt reale, în acest context voi susține toate examenele de diferență stabilite de facultatea la care solicit transferul până la sfârșitul anului universitar 2023-2024.

Declar pe propria răspundere că datele şi informaţiile din prezenta declaraţie corespund realităţii. În caz contrar, am luat act că Universitatea de Medicină şi Farmacie ,,Carol Davila’’ Bucureşti are dreptul de a anula studiile efectuate şi de a nu restitui taxele achitate.

**Notă:** Înţeleg că orice omisiune sau incorectitudine în prezentarea informaţiilor este pedepsită conform legii (art. 292 privind falsul în declaraţii din Codul Penal).

Semnează: .................................................

Semnătura: .............................................. Data:................................

Mail: .......................................................