



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,