**DECLARAŢIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE**

**PRIVIND SITUAȚIA EXAMENULUI DE PRACTICĂ**

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 voi aduce situația școlară finală care va conține și nota la examenul susținut pentru disciplina „Practica de specialitate pentru însușirea unor deprinderi și competențe medicale” până la începutul anului universitar 2024-2025.

În caz contrar, am luat act că Universitatea de Medicină şi Farmacie ,,Carol Davila’’ Bucureşti are dreptul de a anula transferul 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).

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

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