

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul/subsemnata, născut(ă) la data de, legitimat(ă) cu C.I. seria, nr., eliberat de, la data de, având calitatea de student în cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București, Facultatea de, la programul de studii, înmatriculat în anul universitar 2024-2025, anul I de studii, forma de finanțare „Cu taxă”, declar pe proprie răspundere următoarele:

În urma susținerii și promovării unui nou examen de admitere la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București, pentru a beneficia de un loc cu finanțare de la bugetul de stat în cadrul aceluiași program de studii, mă oblig să mă reînmatriculez în anul I de studii, an universitar 2025–2026.

Totodată, declar că am luat la cunoștință că reînmatricularea presupune reluarea studiilor de la început (anul I) și că acest proces se face cu respectarea tuturor normelor și procedurilor prevăzute de Regulamentul privind activitatea profesională a studenților.

Prezenta declarație este dată în scopul informării și completării dosarului de admitere.

Data: ____ / ____ / 2025

Nume și prenume _____

Semnătura: _____