



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „CAROL DAVILA“ DIN BUCUREȘTI



Str. Dionisie Lupu 37, sector 2, București, 020021, România, www.umfed.ro, email: rectorat@umfed.ro

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,
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/IFR, cu finanțare de la bugetul de stat, în perioada

Data

Semnătura,