



ȘCOALA DOCTORALĂ

Formular VI

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

.....