Declarație pe proprie răspundere

Subsemnatul ..................................................................................................,

domiciliat în localitatea ......................................................................................., str..........................................nr.........................bl......................ap...........................

posesor al cărții de identitate seria..............nr...................

CNP ....................................................

Declar pe proprie răspundere că actele depuse în copie la dosarul de înscriere la examenul pentru obținerea titlului de medic/medic stomatolog/farmacist specialist din sesiunea 16 octombrie – 14 noiembrie 2025 sunt conforme cu originalele deținute.

Data Semnătura