Declarație privind școlarizarea în cadrul Facultății de Științe Medicale și ale Sănătății

Subsemnatul(a) (nume, inițiala tatălui, prenume) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cetățean

[ ] român, având CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] străin, având nr. Pașaport \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Înscris la Facultatea de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, specializarea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

prin prezenta am luat la cunoștință că specializarea la care m-am înscris va funcționa în cadrul Facultății de Științe Medicale și ale Sănătății începând cu anul universitar 2025-2026, în conformitate cu *Hotărârea Guvernului nr. 412/2025*.

Semnând mai jos, îmi exprim acordul ca, dacă voi fi admis(ă) la această specializare, să fiu școlarizat(ă) la Facultatea de Științe Medicale și ale Sănătății, atâta timp cât specializarea va fi organizată de aceasta.

Nume și prenume:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_