

ANEXA 6

Declarație pe proprie răspundere

Subsemnatul/Subsemnata _____,
născut/ă la data de _____, identificat/ă cu pașaportul, seria _____,
nr. _____, emis la data de _____, cu
domiciliul în localitatea _____, str.
_____, nr. _____, ap. _____, telefon
_____, adresa de e-mail
_____, **declar, prin prezenta**, că nu am
rezidența sau domiciliul stabil pe teritoriul României.

Declarația produce efecte pentru **înscrierea la admiterea românilor de pretutindeni 2025, organizată de către Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca**, în vederea ocupării unui loc de studiu fără plata taxelor de școlarizare **dar cu bursă**, la studii universitare de **licență**, programul de studii în limba română la:

- Facultatea de Medicină generală,**
- Facultatea de Medicină dentară,**
- Facultatea de Farmacie.**

Data _____

Semnătura _____