**DECLARAŢIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE**

Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificat/ă cu CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prin actul de identitate seria \_\_\_\_\_ nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidat/ă la examenul din sesiunea 14 octombrie 2021, organizat de Ministerul Sănătății pentru obținerea titlului de specialist, pentru medicii, medicii dentişti şi farmaciştii care finalizează pregătirea în rezidențiat respectiv în cea de a doua specialitate, declar pe proprie răspundere că documentele depuse în copie la sunt conforme cu originalele deținute.

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