**DECLARAŢIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE**

Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificat/ă cu CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prin actul de identitate seria \_\_\_\_\_ nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidat/ă la examenul din sesiunea **11 octombrie-24 noiembrie 2023**, 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 la dosarul de înscriere în copie sunt conforme cu originalele deținute.

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