ANEXA 6

Declarație pe proprie răspundere

Subsemnatul/Subsemnata _____, născut/ă la data de _____, identificat/ă cu paşaportul, 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 2026, organizată de către Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Haţieganu" 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 _____