

## 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**, ca nu am  
rezidența sau domiciliul stabil pe teritoriul României.

Declarația produce efecte pentru **înscrierea la admiterea românilor de pretutindeni 2023, 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, **Facultatea de Farmacie**.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_