



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"CAROL DAVILA" din BUCUREȘTI



DECLARAȚIE

Subsemnatul/ (-a), _____, născut (-ă) la data de _____, în localitatea _____, fiul (fiica) lui _____ și al _____, CNP _____, cu domiciliul în _____ în calitate de candidat la admitere/student declarat admis și înmatriculat pentru ciclul de studii universitare de _____, la Facultatea _____ domeniul de studii _____, anul universitar _____ declar că am luat la cunoștință de dispozițiile Legii nr. 677/2001 privind prelucrarea datelor cu caracter personal, precum și de conținutul informării Universității de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București cu privire la aceste date și declar că sunt de acord ca aceste date cu caracter personal să fie stocate, prelucrate, utilizate și publicate.

Declar, susțin și semnez după ce am luat la cunoștință, sunt de acord cu întregul conținut și am completat personal datele din prezenta declarație.

Data _____

Semnătura _____