**DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE**

Subsemnatul (a)........................................................................, student(ă) în anul..............., an universitar 2022/2023, la Facultatea de Medicină/Medicină Dentară/Farmacie, declar pe proprie răspundere următoarele:

1. Am luat la cunoștință de drepturile și obligațiile mele în calitate de student Erasmus, în conformitate cu prevederile Comisiei Europene stipulate în Erasmus Student Charter;
2. Mă oblig să respect programul de studiu/plasament așa cum este el stipulat în Acordul de Studiu/Plasament;
3. Cunosc atât **curricula universității partenere** cât și **curricula universității noastre** și am constatat că cele două sunt **compatibile**;
4. Sunt conștient(ă) de faptul că în cazul în care la întoarcerea din mobilitate, în urma echivalării rezultatelor obținute de mine pe durata mobilității, nu obțin **numărul minim de credite** necesare pentru promovarea anului (minim 50 de credite/an de studiu), voi fi obligat să repet anul de studiu în care s-a efectuat mobilitatea;
5. Sunt conștient(ă) că **orice modificare** pe care o fac în programul de studiu o fac pe proprie răspundere și voi suporta eventualele consecințe rezultate de pe urma respectivelor modificări.

Numele și prenumele

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnatura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timișoara la ..........................................