

DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE

Subsemnatul/a, _____, născut/ă la data de _____, domiciliat/ă în _____, legitimat/ă cu C.I./ Pașaport seria _____ nr. _____, rezident/ă în specialitatea Medicină de Laborator cu pregătirea în centrul universitar _____, anul de studiu _____, declar pe proprie răspundere că, în cazul în care voi fi selectat/ă pentru a participa la Școala de Vară pentru medici rezidenți, organizată de Asociația de Medicină de Laborator din România, mă angajez să respect toate etapele necesare pentru confirmarea și participarea mea, inclusiv, dar fără a se limita la:

- Completarea și semnarea contractului de participare în termenul stabilit de organizatori.
- Achitarea taxei de participare, în valoare de 250 lei, până la termenul limită comunicat de organizatori.
- Respectarea tuturor regulilor și condițiilor de desfășurare a evenimentului.

De asemenea, declar că am citit și înțeles Regulamentul de organizare a Școlii de Vară, pe care mă angajez să îl respect pe întreaga durată a evenimentului.

Înțeleg că, în cazul în care nu îndeplinesc oricare dintre obligațiile asumate prin această declarație, organizatorii își rezervă dreptul de a îmi anula participarea.

Semnătura acestui document are valoare de angajament ferm, iar informațiile furnizate în această declarație și în dosarul de candidatură sunt adevărate și conforme cu realitatea.

Data: _____

Semnătura: _____