

## ANEXA 4

Declarație

pentru mobilitate ERASMUS +

Page | 33

Subsemnatul/a ..... student/ă la Facultatea de  
....., anul de studiu ....., nivel de studiu  
.....(licență, master, doctorat), născut la data de ..... în  
localitatea....., cu domiciliul stabil în România, localitatea ..... în  
str....., nr....., bl....., sc ..... județul ..... telefon  
..... e-mail ..... cod poștal .....  
posesor/e al/a Cărții de Identitate seria ..... nr. .... eliberată de  
..... la data de ....., CNP.....

***declar pe propria răspundere;***

- că sunt cunoscute, însușite și acceptate prevederile REGULAMENTULUI PRIVIND MOBILITĂȚILE ÎN CADRUL PROGRAMULUI COMUNITAR ERASMUS+ cât și a REGULAMENTULUI privind activitatea profesională a studenților;
- că luat la cunoștință că durata totală maximă eligibilă pentru stagii Erasmus este 12 luni (24 luni în cazul Facultăților de Medicina și Medicina Dentară) și că în calculul celor 12 luni se iau în considerare:

✓ perioadele Erasmus finanțate și cele cu zero-grant (studiu și practică)

**De asemenea, declar pe proprie răspundere că:**

- am beneficiat în anul academic 20.../20... de un stagiu de studiu Erasmus/ SEE la Universitatea .....; țara ....., pe o perioadă de .... luni, în ciclul de studii ..... (licență/master/doctorat);
- am beneficiat în anul academic 20.../20... de un stagiu de practică Erasmus/ SEE la .....; țara ....., pe o perioadă de .... luni, în ciclul de studii ..... (licență/master/doctorat);
- am beneficiat până acum de nici un stagiu de studiu Erasmus/ SEE.
- nu am beneficiat până acum de nici un stagiu de practică Erasmus/ SEE.
- am fost selectat/ă pentru un stagiu de ....., pe care urmează să îl desfășor în perioada .....

Nume: \_\_\_\_\_ Semnătura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_