



DECLARAȚIE

Subsemnatul, BARTOȘ Adrian, posesor al actului de identitate cu seria, nr., emis de către, domiciliat în, declar pe propria răspundere că voi presta următoarele activități didactice la următoarele discipline, în cadrul Facultății de Științe Medicale și ale Sănătății, programul de studii universitare de licență *Nutriție și dietetică*:

1. Pediatrie
2. Semiologie și patologie chirurgicală
3. Dietoterapie și particularități de îngrijire în patologia chirurgicală
4. Proceduri intervenționale pentru asigurarea funcționării sistemului digestiv al pacientului cu patologie digestivă

Nume și prenume:

Data: 28.11.2025

Semnătura: