



DECLARAȚIE

Subsemnata, OLTEANU Doina, posesor al actului de identitate cu seria *CJ*, nr. *613.253*, emis de către *SPCLET CLUJ-NAPOCA*, domiciliată în *CLUJ-NAPOCA*, 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. Igienă
2. Sănătate publică și management

Nume și prenume: *OLTEANU DOINA*

Data: *08.12.2025*

Semnătura: *OLTEANU*