



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA IAȘI

Str. Universității nr.16, 700115, Iași, România
www.umfiasi.ro

FICHE D'INSCRIPTION
ANNEE UNIVERSITAIRE **2023 / 2024**, ANNEE D'ETUDE _____
MEDICINE DENTAIRE

1. Nom et Prénoms _____
2. Nom actuel (après le mariage, l'adoption, modifié à demande, si nécessaire, preuve avec les documents) _____
3. Date de naissance: Jour _____, Mois _____, Année _____,
4. CNP (code numérique personnel) _____
5. Lieu de naissance: Ville _____, Comté _____, Pays d'origine _____
6. Nationalité _____
7. Citoyenneté _____
8. Domicile **permanent**: Pays _____, Ville _____, rue _____, numero _____, bloc _____, et. _____, apart. _____
9. Résidence à **Iași**: rue _____, numero _____, bloc _____, et. _____, apart. _____
10. Email _____
11. Numéro de telephone _____
12. Parents:
 - a. Prénoms du père _____
 - b. Prénoms de la mère _____
13. Etat civil: Célibataire / Marie
14. Je suis titulaire du diplôme de l'université _____
(seulement pour les diplômés d'autres facultés)
15. Personne désignée pour les situations d'urgence (nom, prénom, adresse, telephone) _____

Le soussigné déclare ci-dessus sur l'honneur.

Je connais et accepte le Règlement d'études universitaires de l'Université de Médecine et Pharmacie „Grigore T. Popa” Iași.

Date _____

Signature _____



SECRETARIAT FACULTATE

+40 232 301 618 tel / +40 232 301 640 fax
medden_decanat@umfiasi.ro