



FIȘĂ – CERERE DE ÎNSCRIERE
ÎN ANUL UNIVERSITAR 2023/ 2024, ANUL DE STUDIU _____
SPECIALIZARE _____

1. Numele și prenumele studentului _____
2. Numele după căsătorie (dacă este cazul) _____
3. Data nașterii: ziua _____, luna _____, anul _____,
4. Cod numeric personal – CNP - _____
5. Localitatea nașterii _____, județul _____, țara _____
6. Naționalitatea _____
7. Cetățenia _____
8. Domiciliul **stabil**: localitatea _____, județul _____, strada _____, nr. _____, bloc _____, sc. _____, et. _____, apart. _____
9. Domiciliul în **Iași**: localitatea _____, județul _____, strada _____, nr. _____, bloc _____, sc. _____, et. _____, apart. _____
10. Adresă e-mail _____
11. Număr de telefon _____
12. Părinții: Tata, numele și prenumele _____
Mama, numele și prenumele _____
13. Starea civilă a studentului: căsătorit / necăsătorit
14. Am absolvit cursurile facultății _____
(numai pentru absolvenții altei facultăți)
15. **Date contact persoană desemnată pentru situații de urgență** _____

Subsemnatul declar cele de mai sus pe propria răspundere.

Cunosc și accept Regulamentul de Studii Universitare de licență din cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași.

Data _____

Semnătura _____



SECRETARIAT FACULTATE

+40 232 301 615 tel / +40 232 301 626 fax

dec_med@umfiasi.ro

