

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE GRIGORE T. POPA IAȘI  
FACULTATEA DE \_\_\_\_\_

TITLUL MASTERATULUI \_\_\_\_\_

### CERERE

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_

Absolvent (ă) al (a) Facultății de \_\_\_\_\_, programul de  
master \_\_\_\_\_

promoția 20\_\_\_\_, vă rog să-mi aprobați înscrierea la examenul de disertație.

Declar pe propria răspundere că datele menționate în această cerere sunt corecte și  
semnez pentru acestea.

**Date personale :**

NUME-PRENUME \_\_\_\_\_

DATA NAȘTERII \_\_\_\_\_ LOCUL NAȘTERII \_\_\_\_\_

PRENUME TATĂ \_\_\_\_\_ PRENUME MAMĂ \_\_\_\_\_

DOMICILIUL STABIL: STR. \_\_\_\_\_ NR. \_\_\_\_\_ BL. \_\_\_\_\_ SC. \_\_\_\_\_

ET. \_\_\_\_\_ AP. \_\_\_\_\_ LOCALITATEA \_\_\_\_\_ JUDEȚ \_\_\_\_\_

TELEFON \_\_\_\_\_ / ADRESA DE E-MAIL \_\_\_\_\_

Data

Semnătura

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_