

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "GRIGORE T. POPA" IAȘI

FACULTATEA _____

PROGRAM MASTER _____

Domnule Rector,

Subsemnatul (a) _____,
absolvent(ă) al/a programului de master _____,

promoția _____, vă rog să-mi aprobați înscrierea la examenul de disertație, sesiunea (luna și anul
susținerii) _____.

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

Date personale:

NUME și PRENUME _____,

DATA NAȘTERII _____, LOCUL NAȘTERII _____,

PRENUME TATĂ _____, PRENUME MAMĂ _____

DOMICILIUL STABIL: STR. _____, NR _____, BL _____

SC. _____, ET. _____, AP. _____, LOCALITATEA _____

JUDEȚ _____.

TELEFON _____, E-mail _____

TEMA LUCRĂRII DE DISERTAȚIE _____

sub coordonarea _____.

Iași _____
(data)

Masternd(ă) _____

(Nume/Prenume)

(semnătura)

SEMNĂTURA COORDONATORULUI LUCRĂRII

(Titlul academic/Nume/Prenume)

(semnătura)