



FIȘĂ – CERERE DE ÎNSCRIERE
ÎN ANUL UNIVERSITAR 2023/ 2024, ANUL DE STUDIU I
SPECIALIZARE MEDICINĂ DENTARĂ

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 _____

ANUL I - Opțiuni limba străină. Vă rugăm ordonați în ordinea preferinței (1,2,3).

LIMBA ENGLEZĂ

LIMBA FRANCEZĂ

LIMBA GERMANĂ

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 _____



RECTORAT

+40 232 211 818 tel / +40 232 211 820 fax

rectorat@umfiasi.ro