



MINISTERUL EDUCAȚIEI
Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Biroul Relații Internaționale
Strada Petru Rareș, nr.2, Craiova, Dolj
ro.admission@umfcv.ro

Formular de confirmare a locului de studii

Subsemnatul/Subsemnata, _____, cetățean al _____, cu domiciliul în _____, posesor al pașaportului/act de identitate cu seria _____ și nr. _____, emis de către _____.

- CONFIRM**
- REFUZ**

ocuparea locului de studii pe cont propriu valutar la Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova la următorul program de studiu:

- Facultatea de Medicină - Program de studiu Medicină**
- Facultatea de Medicină Dentară - Program de studiu Medicină Dentară**
- Facultatea de Medicină Dentară - Program de studiu Tehnică Dentară**
- Facultatea de Farmacie - Program de studiu Farmacie**
- Facultatea de Moașe și Asistență Medicală - Program de studiu Asistență Medicală Generală**
- Facultatea de Moașe și Asistență Medicală - Program de studiu Radiologie și Imagistică**

***Se va selecta o singură opțiune dintre cele șase disponibile.**

Data _____

Semnătură _____