

NR. _____ / _____ 2025

CERERE

Doamna Decan,

Subsemnatul(a) _____, student(ă) în anul _____, în cadrul Facultății de Asistență Medicală, Program de studii _____, forma financiară _____, vă rog a-mi aproba eliberarea unei adeverințe, fiindu-mi necesară la _____

Data

Semnătura

Doamnei Decan a Facultății de Asistență Medicală

MINISTERUL EDUCAȚIEI ȘI CERCETĂRII

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CRAIOVA

FACULTATEA DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ



NR. _____ / _____ 2025

ADEVERINȚĂ

Adeverim prin prezenta că studentul (a) _____ este înscris(ă) în anul _____ de studii, an universitar 2024-2025, învățământ cu frecvență, forma TAXĂ/BUGET, program de studii _____

Adeverința se eliberează, la cerere, pentru a-i servi la _____

Decan,

Secretar

Prof. Univ. Dr. Dana Maria Albulescu



Bvd./Str. 1 MAI Nr.68, Cod 200638
Craiova, Jud. Dolj, ROMANIA



Tel:
0351.443.500



E-mail: nursing@umfcv.ro
www.umfcv.ro



UMF Craiova



@umf.craiova



Bvd./Str. 1 MAI Nr.68, Cod 200638
Craiova, Jud. Dolj, ROMANIA



Tel:
0351.443.500



E-mail: nursing@umfcv.ro
www.umfcv.ro



UMF Craiova



@umf.craiova