

CATRE RECTORATUL UNIVERSITATII DE MEDICINA SI FARMACIE DIN CRAIOVA

Subsemnatul(a) _____ nascut(a) _____ in
anul _____, ziua _____, luna _____, in localitatea _____,
judetul _____ avand examenul de LICENȚĂ/MASTER in
sesiunea _____

Va rog sa binevoiti a-mi aproba eliberarea diplomei de licenta in
specialitatea _____.

MENTIONEZ CA AM FOST INSCRISA LA FACULTATE LA DATA DE

Secretar sef, _____

DECANUL FMAM

Declaratie personala

Subsemnatul _____
_____ declar pe propria raspundere că datele personale mentionate mai jos, in
scopul completarii corecte a diplomei de licență/master ce mi se cuvine.

M-am nascut in anul _____ luna _____ ziua _____ in
localitatea _____ tara _____.

Prenumele parintilor: - tatal _____
- mama _____

Programul absolvit: _____

Data _____

(semnatura absolventului)

Se certifica de noi ca datele mentionate in aceasta "Declaratie personala"
corespund cu datele existente din dosarul absolventului precum si cu datele inregistrate
in actele de evidenta ale facultatii noastre.