

NR. _____/_____ 2026

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. _____/_____ 2026

ADEVERINȚĂ

Adeverim prin prezenta că studentul (a) _____ este înscris(ă)
în anul _____ de studii, an universitar 2025-2026, 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