



**UMF**  
UNIVERSITATEA DE  
MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
**IULIU HAȚIEGANU**  
CLUJ-NAPOCA

Nr. de înregistrare \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Către  
**Conducerea Universității de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" din Cluj – Napoca**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_  
în calitate de absolvent(ă) al(a) Facultății de \_\_\_\_\_,  
programul de studii \_\_\_\_\_, promoția \_\_\_\_\_,  
solicite eliberarea adevărții de **autenticitate a diplomei** de către Ministerul  
Educației/CNRED.

Nr. de telefon pentru contact \_\_\_\_\_

Anexez:

- copie diplomă licență/absolvire
- copie supliment/foaie matricolă
- dovada achitării taxei

Subsemnatul/subsemnata \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în  
\_\_\_\_\_, având CNP \_\_\_\_\_, în calitate de  
absolvent al **Universității de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu"** din Cluj-Napoca, consimt în mod expres și neechivoc  
ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate prin orice mijloace, chiar și prin transmiterea către terți, în conformitate cu  
legislația națională (Legea nr. 190/2018, Legea nr. 506/2004) și europeană (Regulamentul 2016/679/UE, Directiva 2002/58/CE)  
în vigoare, de către instituția publică de învățământ superior și de către orice alt organism abilitat să efectueze verificări asupra  
activității acesteia. Prezenta declarație implică prelucrarea oricăror date cu caracter personal.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_