



UMF
UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
IULIU HAȚIEGANU
CLUJ-NAPOCA

Nr. de înregistrare _____ / _____

Aprobat,
Rector Prof.dr. Anca Dana Buzoianu

Către

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

Subsemnatul(a) _____ în calitate de

*titular al actului de studii

*împuternicit,

solicit eliberarea *duplicatului diplomei de _____ (ex: licență, licență și master, master, doctor, absolvire), eliberat(ă) pe numele (se va indica numele înscris pe actul de studii original) _____, născut(ă) la data de _____, în localitatea _____, județul/țara _____, întrucât originalul este:

*pierdut

*deteriorat

*distrus

*plastifiat

Date de identificare ale actului de studii:

- universitatea absolvită _____
- facultatea absolvită _____
- specializarea/programul de studii _____
- perioada studiilor _____
- sesiunea în care a fost promovat examenul de finalizare a studiilor _____

Nr. de telefon pentru contact _____

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 acestora. Prezenta declarație implică prelucrarea oricăror date cu caracter personal.

Data _____

Semnătura _____

*vă rugăm să bifați căsuța/căsuțele corespunzătoare situației