

**CENTRUL DE APTITUDINII PRACTICE  
ȘI SIMULARE ÎN MEDICINĂ**

40337 Cluj-Napoca, România  
Str. Marinescu nr. 23  
tel.: +40 374 834 811  
e-mail: [capsm@elearn.umfcluj.ro](mailto:capsm@elearn.umfcluj.ro)  
[www.umfcluj.ro](http://www.umfcluj.ro)



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

**CERERE ORGANIZARE VIZITĂ  
– CENTRUL DE SIMULARE –**

Subsemnata (ul) \_\_\_\_\_  
în calitate de \_\_\_\_\_ în cadrul  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, vă rog să binevoiți a-mi aproba accesul  
în Centrul de Simulare, în data de: \_\_\_\_\_ între orele \_\_\_\_\_ în vederea organizării  
unei vizite.

Număr de participanți: \_\_\_\_\_

Categoria: \_\_\_\_\_

(elevi, studenți, masteranzi, rezidenți, medici, etc.)

Semnătura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Se aprobă,

\_\_\_\_\_