



UMF
UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
IULIU HAȚIEGANU
CLUJ-NAPOCA

Către,

Decanatul Facultății de _____

Subsemnatul(a) _____

Student(ă) la Facultatea de _____

specializarea _____

anul _____ seria _____ grupa _____,

Vă rog să îmi aprobați înscrierea la **cursul opțional** pentru anul universitar

20___/20___.

În limita locurilor disponibile optez pentru următoarele cursuri:

Nr.crt	Denumire curs	Catedra	Perioada
1.			
2.			
3.			

Am luat la cunoștință faptul că, un curs odata ales devine obligatoriu.

Data _____

Semnătura _____

De acord,

DECAN _____