

FACULTATEA DE MEDICINĂ DENTARĂ

400349 Cluj-Napoca, România
str. Louis Pasteur nr. 4, et. 2
Tel: +40-264-406844;
Fax: +40-264-597257
E-mail: decanat_stoma@umfcluj.ro

www.umfcluj.ro



UMF
UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
IULIU HAȚIEGANU
CLUJ-NAPOCA

MedDent
FACULTATEA
DE MEDICINĂ
DENTARĂ

Nr. _____

Către,

Decanatul Facultății de Medicină Dentară

Subsemnat(ul/a) _____,
student(ă) la Facultatea de Medicină Dentară, specializarea _____ anul _____
seria _____ grupa _____.

Vă rog să-mi aprobați efectuarea orelor de *Practică de specialitate*, în
perioada _____, la disciplina _____.

Data _____

Semnătura studentului _____

ȘEF DISCIPLINĂ,

Nume/prenume _____

Semnătura _____

AVIZUL DECANULUI,
Prof. dr. Cristian Dinu