



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 _____,
solicit eliberarea adevărții pentru certificatul de conformitate de către Ministerul
Sănătății/DSP.

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 _____