

**PROCTORAT PENTRU REZIDENTIAT ȘI  
CURSURI POSTUNIVERSITARE, ACTIVITATE DE  
AMBULATOR ȘI SPITAL**

400012 Cluj-Napoca, România  
str. Victor Babeș nr. 8  
Tel: +40-264-597256; +40-264-406837  
Fax: +40-264-597257 ; +40-264-407452 E-  
mail: prorektoratpostuniversitar@umfcluj.ro

[www.umfcluj.ro](http://www.umfcluj.ro)



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

Nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_

Prorektor, Conf.dr. George Dindelegan

**CERERE DE RELUARE A REZIDENTIATULUI**

**Către  
Prorektoratul de Studii Postuniversitare și Rezidențiat**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_  
medic rezident anul \_\_\_\_\_, loc/post încadrat/ă la \_\_\_\_\_  
confirmat/ă prin ordinul MS nr. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
specialitatea \_\_\_\_\_, cu pregătire în centrul universitar  
\_\_\_\_\_, cu domiciliul în localitatea \_\_\_\_\_,  
str \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_ județ/sector \_\_\_\_\_,  
telefon \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

Prin prezenta solicit reluarea studiilor de rezidențiat începând cu data de \_\_\_\_\_

*Anexez la prezenta cerere: -copie aprobare coordonator de rezidențiat.*

Prin semnarea acestei cereri, rezidentul își exprimă, în mod expres și neechivoc, consimțământul, ca Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj -Napoca să colecteze, să prelucreze și să stocheze datele cu caracter personal ale acestuia, în conformitate cu art. 6 din Regulamentul (UE) 2016/679.

Cu mulțumiri!

**Data**

**Semnătura**