



Nr. _____ / _____

DOMNULE RECTOR,

Subsemnatul/a _____,

(numele, inițiala tatălui, prenumele – conform certificatului de naștere)

absolvent/ă al/a Universității de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" din

Timișoara, Facultatea de _____, **programul de**

studii/specializarea _____,

perioada de studii _____, **vă rog să aprobați eliberarea**

unei adeverințe:

de autenticitate pentru.....

(vizare CNRED, Ambasada Italiei, Colegiul Fizioterapeuților)

cu perioada de studii (pentru certificatul de conformitate)

privind inițiala tatălui (lb. engleza sau lb. română)

Letter of Good Standing (lb. engleza sau lb. română)

alte situații: _____

Anexez: - Chitanța

- Copia diplomei

- Copia suplimentului la diplomă/foii matricole

Data: _____

Semnătura,

SECRETARIAT ACTE STUDII

P-ța Eftimie Murgu, nr. 2, cod 300041, Timișoara, România

Tel: +40256444075; Fax: +40256490626

Email: actestudii@umft.ro

www.umft.ro