



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** Ambasada Italiei / Colegiul Fizioterapeuților / OTDR
- 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: (DOATAP)** _____

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