



UNIVERSITATEA  
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
„VICTOR BABEȘ” DIN TIMIȘOARA

**CĂTRE**  
**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „VICTOR BABEȘ” TIMIȘOARA**  
**DIRECȚIA DE PREGĂTIRE ÎN REZIDENȚIAT**  
**Compartimentul de Pregătire în Rezidențiat**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ ,  
medic specialist/primar în specialitatea \_\_\_\_\_  
aflat în pregătire în a doua specialitate în regim cu taxă, fără concurs, specialitatea \_\_\_\_\_ ,  
cu pregătire în centrul universitar \_\_\_\_\_ , începând din data de \_\_\_\_\_ cu  
domiciliul în localitatea \_\_\_\_\_ , str \_\_\_\_\_ ,  
nr. \_\_\_\_\_ , bl. \_\_\_\_\_ , sc. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_ , județ/sector \_\_\_\_\_ ,  
telefon \_\_\_\_\_ , e-mail \_\_\_\_\_

**Prin prezenta vă rog să-mi aprobați schimbarea numelui în registrul național al rezidenților:**  
**din fostul nume** \_\_\_\_\_  
**în actualul nume** \_\_\_\_\_

**Motivul** \_\_\_\_\_

**Anexez:**

- copie carte de identitate în termen de valabilitate;
- copie prima pagina carnet;
- copie certificate căsătorie /divorț.

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_ declar că am luat la  
cunoștință drepturile mele conform legislației în materie de prelucrare de date cu caracter personal, în  
conformitate cu Regulamentul UE nr. 679/2016 și îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor, în  
vederea prelucrării solicitării.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea prelucrării solicitării.

☐ DA sunt de acord

☐ NU sunt de acord

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_