



UNIVERSITATEA
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ” DIN TIMIȘOARA

Nr. _____

DE ACORD,
RECTOR

DOMNULE RECTOR,

Subsemnatul(ă) _____,

**absolvent(ă) al(a) UMF „Victor Babeș” din Timișoara, Facultatea de
_____, programul de
studii _____ promoția _____, vă rog să-mi
aprobați eliberarea în regim de urgență, a diplomei de licență și a suplimentului la
diplomă.**

Semnătura,

Tel: _____

E-mail: _____

SECRETARIAT ACTE STUDII

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

Tel: +40256444075; Fax: +40256490626

Email: actestudii@umft.ro

www.umft.ro