



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „CAROL DAVILA“ DIN BUCUREȘTI



Str. Dionisie Lupu 37, sector 2, București, 020021, România, www.umfed.ro, email: rectorat@umfed.ro

DIRECȚIA GENERALĂ SECRETARIAT UNIVERSITATE

Aprobat,

RECTOR,

Prof. Univ. Dr. Viorel JINGA

DOMNULE RECTOR,

Subsemnatul/a _____ student/ă în
cadrul Universității _____,
Facultatea _____, programul de studii _____
în limba _____, învățământ cu frecvență, anul ____ de studii, forma de finanțare cu
taxă /buget , vă rog să binevoiți a-mi aproba analizarea dosarului în vederea acceptării mobilității
studentești temporare /definitive pentru anul universitar 2023-2024 în anul de
studii _____ la Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" București,
Facultatea _____, programul de studii _____ în limba
_____”

Data _____

Semnătura _____

Adresă mail: _____

Telefon: _____

**DOMNULUI RECTOR AL UNIVERSITĂȚII DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „CAROL DAVILA”
DIN BUCUREȘTI**

*UMFCD: cod fiscal: 4192910, cont: RO57TREZ70220F330500XXXX, banca: TREZORERIE sect. 2
tel: +40.21 318.0719; +40.21 318.0721; +40.21 318.0722*