



## FIȘĂ DE ÎNSCRIERE CURS POSTUNIVERSITAR

Denumirea cursului\*: \_\_\_\_\_

Perioada de desfășurare\*: \_\_\_\_\_

Numele și prenumele cursantului\*: \_\_\_\_\_

Numele de familie după căsătorie (dacă este cazul): \_\_\_\_\_

Data nașterii\*: Anul (în cifre) \_\_\_\_\_ luna (în litere) \_\_\_\_\_ ziua (în cifre) \_\_\_\_\_

Locul nașterii: Localitatea \_\_\_\_\_ județul \_\_\_\_\_

Nr. telefon: \_\_\_\_\_ adresa email\*: \_\_\_\_\_

Denumirea universității care a eliberat diploma de licență\*: \_\_\_\_\_

Anul absolvirii facultății\*: \_\_\_\_\_

Locul de muncă: \_\_\_\_\_

*(SCOPUL PRELUCRĂRII: Menținerea legăturii atât pe parcursul cursului, cât și după, în cazul în care este necesar)*

**Declar pe propria răspundere că datele completate sunt în conformitate cu realitatea și actele originale.**

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_





MINISTERUL EDUCAȚIEI  
ROMÂNIA  
UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ,  
FARMACIE, ȘTIINȚE ȘI TEHNOLOGIE  
„GEORGE EMIL PALADE”  
DIN TÂRGU MUREȘ

## Departamentul de Formare Profesională Continuă

*Spațiile marcate cu \* sunt obligatorii de completat.*



**Adresa:** Târgu Mureș, str. Gh. Marinescu nr. 38, 540139, județul Mureș, România  
**Web:** [www.umfst.ro](http://www.umfst.ro) | **Email:** [rectorat@umfst.ro](mailto:rectorat@umfst.ro) | **Tel:** +40 265 215 551 ext. 246 | **Fax:** +40 265 210 407