

**FACULTATEA DE MEDICINĂ DENTARĂ**

400349 Cluj-Napoca, România  
str. Louis Pasteur nr. 4A, et. 2  
Tel: +40-264-597256, +40-750-774115  
Fax: +40-264-597257  
E-mail: decanat\_stoma@umfcluj.ro

[www.umfcluj.ro](http://www.umfcluj.ro)



**UMF**  
UNIVERSITATEA DE  
MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
IULIU HAȚIEGANU  
CLUJ-NAPOCA

**Către,  
Decanatul Facultății de Medicină Dentară**

Subsemnat(ul/a) \_\_\_\_\_, student(ă) la  
Facultatea de Medicină Dentară, specializarea \_\_\_\_\_ anul  
\_\_\_\_\_ seria \_\_\_\_\_ grupa \_\_\_\_\_,

Vă rog să-mi aprobați elaborarea Lucrării de licență cu titlul

\_\_\_\_\_

la disciplina \_\_\_\_\_ în cadrul  
Departamentului \_\_\_\_\_ sub îndrumarea

\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_ Semnătura studentului \_\_\_\_\_

AVIZUL DECANULUI,

\_\_\_\_\_

ȘEF DISCIPLINĂ,  
Nume prenume \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

ÎNDRUMĂTOR,  
Nume prenume \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_