



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA IAȘI

Str. Universității nr.16, 700115, Iași, România

www.umfiasi.ro

**CERERE PENTRU REZERVAREA ȘI UTILIZAREA UNUI SPAȚIU DIN CADRUL
UNIVERSITĂȚII**

în vederea organizării unei reuniuni a absolvenților

Subsemnatul(a), _____, absolvent(ă) al/a
Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași,

Facultatea: _____

Programul de studii: _____

Promoția (anul absolvirii): _____

În calitate de persoană de contact pentru organizarea unei reuniuni a
absolvenților, vă rog să aprobați rezervarea și utilizarea unui spațiu din cadrul
Universității pentru desfășurarea unei activități dedicate promoției.

I. INFORMAȚII PRIVIND SOLICITAREA

Data solicitată: _____

Interval orar: _____

Spațiul solicitat (dacă există preferință): _____

Număr estimat participanți: _____

Persoană responsabilă pentru organizare:



RECTORAT

+40 232 211 818 tel / +40 232 211 820 fax

rectorat@umfiasi.ro



WORLD FEDERATION FOR
MEDICAL EDUCATION

eua

EUROPEAN
UNIVERSITY
ASSOCIATION

Telefon: _____

E-mail: _____

II. MENȚINEREA LEGĂTURII CU COMUNITATEA ALUMNI (OPȚIONAL)

Universitatea dezvoltă comunitatea Alumni și își propune să păstreze legătura cu absolvenții săi prin inițiative, evenimente și oportunități de implicare.

☐ Sunt de acord ca datele mele de contact (telefon și/sau e-mail) să fie utilizate pentru comunicări privind activitățile și proiectele dedicate comunității Alumni.

III. ACORD PRIVIND UTILIZAREA IMAGINILOR (OPȚIONAL)

☐ Sunt de acord ca Universitatea să utilizeze fotografii de grup realizate în spațiile universitare în cadrul activității menționate, exclusiv în scop de arhivare instituțională și promovare a activităților Alumni și ale Universității (website, publicații instituționale, rețele sociale).

Notă: Exprimarea acordului de la secțiunile II și III este voluntară și poate fi retrasă ulterior, conform legislației aplicabile privind protecția datelor cu caracter personal.

Data: _____

Semnătura: _____