

ANNEXE 1

Formulaire de demande d'évaluation en vue de l'inscription aux études dans l'année universitaire 2025-2026

1. Cher candidat/chère candidate, veuillez cocher la faculté et le/les programme(s) d'étude choisi(s):

| FACULTE DE MEDECINE | FACULTE DE MEDECINE DENTAIRE | FACULTE DE PHARMACIE |
|------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| a) Anglais | a) Anglais | a) Français |
| b) Français | b) Français | |
| c) Roumain | | |

- Si vous désirez déposer des dossiers de candidature à plusieurs programmes d'étude, vous êtes obligé de préparer des dossiers différents, compléter séparément chaque option et payer les frais de traitement pour chaque dossier enregistré.
- Si vous avez plusieurs options, veuillez introduire l'ordre des préférences dans le tableau ci-dessous:

| No. | Faculté | Langue d'enseignement |
|-----|---------|-----------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| 7. | | |
| 8. | | |

2. Cher candidat/Chère candidate, veuillez remplir **EN LETTRES CAPITALES** le formulaire ci-après avec vos données personnelles:

Nom de famille _____ Prénom _____

Sexe M F Date de naissance _____

Citoyenneté: Pays _____ UE/NON-UE.

Domicile (rue, no., ville, code postale, pays, no. téléphone) _____

Adresse électronique: _____

Compte Facebook: _____

Date _____

Signature _____