

Universitatea “Aurel Vlaicu “ ARAD

Nume/Prenume: _____

Nume după căsătorie (dacă este cazul) : _____

CNP : _____

Domiciliul actual: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Lucrați în specializarea de pe diplomă? DA/NU : _____

Locul de muncă : _____

Funcția postului de lucru: _____

Program Licență Absolvit: _____

Program Master Absolvit: _____

Program Doctorat Absolvit: _____

Program Conversie Profesională Absolvit: _____

Promoția: _____

Data completării : _____

RĂSPUNSURILE DVS. SUNT UTILIZATE EXCLUSIV PENTRU ANALIZE STATISTICE, STRICT CONFIDENȚIALE.

CONSIMȚĂMÂNT ABSOLVENT

Consimt, în mod expres, ca UNIVERSITATEA ”AUREL VLAICU” din ARAD, cu sediul în Arad, B-dul. Revoluției nr. 77, cod fiscal 3519500, reprezentată prin Rector dr. habil. Ramona LILE, să colecteze și să prelucreze datele mele cu caracter personal în scopul ANALIZELOR STATISTICE.

Semnătura,
