

CF. 16.02.2026

Anexa nr. 1

Pt aviz CA și aprobare SUO
Prorector MA

Către

Conducerea Universității din Oradea,

Subsemnatul(a),

MUREȘAN MARIANA EUGENIA

CNP

, născut(ă) la data de

, titular(ă) pe

postul

de

poz.

la

Facultatea

Departamentul

profesor
Medicină și Farmacie
Discipline Preclinice

vă rog să-mi aprobați menținerea în activitate ca titular, în funcția didactică, până la finalul anului universitar 2026 - 2027, în conformitate cu prevederile art. 219, alin. (1) și (3) din Legea învățământului superior nr. 199/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Declar pe proprie răspundere că nu am solicitat și nici nu voi solicita pensionarea pentru limită de vârstă pe durata menținerii mele ca titular.

Prin prezenta optez pentru continuarea activității, cu acordul angajatorului, până la finele anului universitar 2026 - 2027, conform dispozițiilor art. 46 alin. (2) din Legea nr. 360/2023.

Data:

16.02.2026



Semnătura:

[Signature]

Avizat
Decan,



Avizat
Director de departament,

[Signature]

Avizat
Direcția Resurse Umane,

5/6

A împlinit 65 de ani la data
de 22.02.2026.

[Signature]