**Doamnă Decan,**

 Subsemnata (ul) nume ............................... inițială .......................... prenume ...................................... student (a) la Facultatea de Medicină Dentară în anul ................, seria ............., grupa .............., an universitar ........................... CNP ........................................ vă rog să-mi aprobați eliberarea unei:

* adeverințe care să ateste calitatea de student, necesară la ....................................................................................... (ex. Program Guvernamental – „Investește în tine”– ordin 50/2018, medicul de familie, CNAS etc);
* programe analitice\*;
* situații școlare\*\*;

**Vă mulțumesc,**

**Semnătura Data:**

**Date de contact:**

Telefon:

Adresa e-mail:

\*pentru programa analitică se achită taxa de 200 lei - la ridicare se prezintă dovada achitării taxei

\*\* situația școlară se va elibera pentru anii universitari finalizați.