**DIRECȚIA GENERALĂ SECRETARIAT UNIVERSITATE**

 **Aprobat,**

 **RECTOR,**

 **Prof. Univ. Dr. Viorel JINGA**

**DOMNULE RECTOR,**

 Subsemnatul/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_student/ă în cadrul Universităţii\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Facultatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Domeniul Sănatate, Programul de studii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cursuri de zi, cu taxă/buget , anul \_\_\_\_\_\_\_ de studii, vă rog să binevoiţi a-mi aproba analizarea dosarului în vederea aprobării unei mobilități studențești pentru anul universitar 2020-2021 în cadrul Universității de Medicină și Farmacie ”Carol Davila” București, Facultatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Semnătura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresă mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOMNULUI RECTOR AL UNIVERSITĂŢII DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „CAROL DAVILA” DIN BUCUREȘTI**