

CERERE PENTRU RETRAGEREA DE LA STUDII

Aprobat,
CA/RECTOR

Aviz,
DECAN

Domnule Decan,

Subsemnatul/a _____ din țara _____ student/ă
la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“ din București, Facultatea de Medicină,
programul de studii _____, forma de învățământ – cu frecvență, forma de finanțare
_____, în anul de studii ____, seria ____, grupa____, nr. matricol_____, anul universitar
_____, vă rog să-mi aprobați ***retragerea de la studii***.

Motivul retragerii de la studii:

Data _____

Semnătura _____

Date de contact :

Telefon:

Email:

Domnului Decan al Facultății de Medicină

CERERE PENTRU RETRAGEREA DE LA STUDII

Referat

Studentul _____ anul _____ se încadrează la art. _____ din
_____ privind retragerea de la studii pentru
anul univ _____

Situația școlară a studentului/ei **la** în momentul retragerii de la studii:

Anul ____/an univ. (20____/20____) _____;

Anul ____/an univ. (20____/20____) _____;

Anul ____/an univ. (20____/20____) _____;

Anul ____/an univ. (20____/20____) _____;

Anul ____/an univ. (20____/20____) _____;

Anul ____/an univ. (20____/20____) _____;

Secretar an:

Nume _____ *Prenume* _____

Semnătura: