

CERERE AUDIENȚĂ PENTRU STUDENȚI

Aprobat,

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 _____, anul de studii _____, seria _____, grupa _____, nr.
matricol _____, anul universitar _____, solicit prin prezenta a-mi aproba înscrierea
în **audiiență** pentru a discuta următoarele situații:

În sprijinul celor afirmate mai sus anexează următoarele copii: (se vor anexa, după caz,
copiile actelor și/sau documentelor relevante)

Data:

Semnătura:

Date de contact :

Telefon:

Email:

Domnului Decan al Facultății de Medicină

CERERE AUDIENȚĂ PENTRU STUDENȚI

Referat

Studentul _____ anul _____ seria _____ grupa _____
tutore _____

Situația școlară a studentului/ei la data _____:

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: