

FIȘA DE LICHIDARE

Aprobat,

DECAN

Domnule Decan,

Subsemnatul/a _____ din țara _____

fost student/ă al Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila“ din București, Facultatea de Medicină, programul de studii _____, forma de învățământ – cu frecvență, forma de finanțare _____, perioada _____, nr. matricol _____, vă rog să-mi aprobați *ridicarea actelor originale din dosarul de student, ca urmare a retragerii/exmatriculării de la studii.*

Data,

Semnătura,

Date de contact:

Telefon:

Email:

Domnului Decan al Facultății de Medicină

FIȘA DE LICHIDARE

Pentru ridicarea actelor originale din dosar sunt necesare următoarele vize:

Biblioteca Sala I _____;

Biblioteca Sala II _____;

Biblioteca sala de împrumut Anii I-II _____;

Biblioteca Sala de împrumut Anii III-VI _____;

Biblioteca sala de documentare _____;

Administrația căminului _____;

Serviciul social _____;

Serviciul studenți străini _____;

Secretariat facultate _____;

Serviciul contabilitate _____.