

APPLICATION FORM FOR EQUIVALENCE STUDY

Endorsed,
DEAN

TO THE DEAN,

The undersigned, _____,
from country _____, student at the University of Medicine and
Pharmacy "Carol Davila" from Bucharest, **Faculty of Dentistry**, programme of study –
Dental Medicine, study language in **English**, type of education – with frequency,
financing form _____, year of study _____, group _____,
enrolment number _____, hereby request approval for the equivalence of the results
obtained during the period _____, according to the attached
academic records:

- All the promoted subjects.
 Some of the promoted subjects. I mention below the subjects / grade I want to equate:

I commit to not requesting further equivalences after this application and undertake to
take all required supplementary exams during this academic year; otherwise, I understand that
I may face expulsion.

CONTACT INFORMATION:

Phone number: _____

E-mail: _____

Date
____ / ____ / _____

Signature

APPLICATION FORM FOR EQUIVALENCE STUDY

REFERAT

Studentul/a _____,

țara _____, anul _____, se încadrează la **art.** _____ din _____,

cu referire la echivalarea studiilor efectuate anterior anului universitar _____ - _____.

Situația școlară pentru perioada _____ / _____ este prezentată în anexă.

Pentru anul _____ sunt echivalate următoarele materii:

Nr. crt.	Disciplina promovată	Notă examen	Examen echivalat
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

Secretar an:

Nume și Prenume _____ Semnătura _____

Pentru alinierea la planul de învățământ al promoției _____ - _____, studentul/a trebuie să parcurgă și să promoveze următoarele discipline:

1		8	
2		9	
3		10	
4		11	
5		12	
6		13	
7		14	

Secretar an care preia studentul/a:

Nume și Prenume _____ Semnătura _____

Semnătura de luare la cunoștință de student:

Data: