

CERERE PENTRU ÎNTRERUPEREA STUDIILOR / PRELUNGIREA MEDICALĂ A ȘCOLARITĂȚII

Aprobat,
RECTOR

Avizat,
DECAN

DOAMNĂ DECAN,

Subsemnatul/a, _____,
țara _____ (*studentii internaționali*), student/ă la Universitatea de Medicină și Farmacie
"Carol Davila" din București, **Facultatea de Stomatologie**, programul de studii
Medicină Dentară, forma de învățământ – cu frecvență, forma de finanțare _____,
anul ____ de studii, seria ____, grupa ____, nr. matricol _____, anul universitar ____ - _____,
vă rog să-mi aprobați *întreruperea studiilor universitare* / *prelungirea medicală a
școlarității*, pentru anul universitar ____ - _____.

Motivul întreruperii studiilor / prelungirii medicale a școlarității:

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

DATE DE CONTACT:

Telefon: _____

E-mail: _____

Data
____ / ____ / _____

Semnătura

Avizat,
Biroul Contabilitate
(pentru studenții înscriși la programul de studiu la lb. română)

sau

Serviciul Studenți Internaționali
(în cazul studenților internaționali înscriși la programul în lb. română)

Notă: În conformitate cu prevederile Regulamentului de activitate profesională, studenții care studiază cu taxă au obligația de a achita taxa școlară la zi, inclusiv taxa integrală aferentă lunii în care solicită întreruperea. Studenții care întrerup studiile înainte de expirarea termenului pentru care au achitat taxa școlară nu beneficiază de restituirea taxei achitate.

REFERAT

Studentul/a, _____,

țara _____ (*studentii internaționali*), anul _____ de studii, se încadrează la:

art. 62 și art. 63 din *Regulamentul privind activitatea profesională a studenților*, referitoare la **întreruperea studiilor**, pentru anul(ii) universitar(i) _____ - _____, _____ - _____.

art. 58 și art. 59 din *Regulamentul privind activitatea profesională a studenților*, referitoare la **prelungirea medicală a studiilor**, pentru anul universitar _____ - _____.

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__) _____;

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

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

Alte mențiuni: _____

Secretar,

Semnătura
