

# CERERE PENTRU RETRAGEREA DE LA STUDII

Aprobat,  
**RECTOR**

Avizat,  
**DECAN**

**DOAMNĂ DECAN,**

Subsemnatul/a, \_\_\_\_\_,  
din țara \_\_\_\_\_ (*studentii internaționali*), student/ă la U.M.F. "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 **retragerea  
de la studii**.

Motivul retragerii de la studii:

---

---

---

**DATE DE CONTACT:**

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Data**  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Semnătura**  
\_\_\_\_\_

# REFERAT

Studentul/a, \_\_\_\_\_,  
țara \_\_\_\_\_ (*studenții internaționali*), anul \_\_\_\_\_ de studii, se încadrează la **art. 71** din  
*Regulamentul privind activitatea profesională a studenților*, cu referire la **retragerea de la  
studii**, 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**

\_\_\_\_\_