

FIȘĂ DE LICHIDARE

Aprobat,
DECAN

DOAMNĂ DECAN,

Subsemnatul/a, _____,
din 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 *ridicarea actelor originale din dosarul de student, ca urmare a încetării
calității de student:*

DATE DE CONTACT:

Telefon: _____

E-mail: _____

Data

____ / ____ / _____

Semnătura

FIȘĂ 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 Internaționali _____;

Secretariat Facultate _____;

Serviciul Contabilitate _____.