

CERERE PENTRU REÎNSCRIEREA LA STUDII / RELUAREA STUDIILOR

Aprobat,
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 *reînscrierea
la studii* / *reluarea studiilor* în anul _____ de studii, anul universitar _____ - _____.

Cererea de reînscriere la studii / reluare a studiilor este aplicată ca urmare a perioadei de

DATE DE CONTACT:

Telefon: _____

E-mail: _____

Data
____ / ____ / _____

Semnătura

REFERAT

Studentul/a, _____,
țara _____ (*studentii internaționalii*), anul _____ de studii, se încadrează la
art. _____ din *Regulamentul privind activitatea profesională a studenților*, referitoare la
reînscrierea la studii / reluarea 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
