

# CERERE REDOBÂNDIRE CALITATE DE STUDENT

Aprobat,  
DECAN

Avizat,  
Serviciul Contabilitate

**DOAMNĂ DECAN,**

Subsemnatul/a, \_\_\_\_\_,  
posesor al C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_,  
student/ă în anul \_\_\_\_ de studii la **Facultatea de Stomatologie**, programul de studii  
Medicină Dentară, forma de învățământ – cu frecvență, forma de finanțare – cu taxă,  
nr. matricol \_\_\_\_\_, vă rog să binevoiți a-mi aproba *redobândirea calității de  
student* în urma suspendării de la studii din cauza neachitării taxelor pentru **anul  
universitar** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

Anexez alăturat dovezile plăților.

## **DATE DE CONTACT:**

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

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

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

**Semnătura**  
\_\_\_\_\_