

CERERE PENTRU REDOBÂNDIREA CALITĂȚII DE STUDENT

Aprobat,
DECAN

Avizat,
Serviciul Studenți Internaționali

DOAMNĂ DECAN,

Subsemnatul/a, _____,
țara _____, pașaport nr. _____,
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
(CPV / CPLei / _____), 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
