

CERERE AUDIENȚĂ PENTRU STUDENȚI

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 _____ - _____,
solicít prin prezenta a-mi aproba înscrierea în **audiiență** pentru a discuta următoarele situații:

În sprijinul celor afirmate mai sus anezez următoarele copii (*se vor anexa, după caz, copiile actelor și/sau documentelor relevante*).

DATE DE CONTACT:

Telefon: _____

E-mail: _____

Data
____ / ____ / _____

Semnătura

REFERAT

Studentul/a _____,
țara _____ (*studentii internaționali*), anul _____ de studii,
tutore de an _____.

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
