

CERERE PENTRU ECHIVALAREA STUDIILOR

Avizat,
DECAN

DOAMNĂ DECAN,

Subsemnatul/a, _____,
din țara (studenții 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 **echivalarea rezultatelor obținute în perioada** _____,
conform situației școlare anexate:

Toate disciplinele;

O parte dintre disciplinele promovate. Menționez disciplinele / rezultatele pe care
doresc să le echivalez:

Mă angajez să nu mai solicit alte echivalări ulterior cererii și mă oblig să susțin toate
examele de diferență în acest an universitar, în caz contrar voi fi exmatriculat/ă.

DATE DE CONTACT:

Telefon: _____

E-mail: _____

Data

____ / ____ / _____

Semnătura

CERERE PENTRU ECHIVALAREA STUDIILOR

REFERAT

Studentul/a _____,

țara _____, anul _____, se încadrează la **art.** _____ din _____,

cu referire la echivalarea studiilor efectuate anterior anului universitar _____ - _____.

Situația școlară pentru perioada _____ / _____ este prezentată în anexă.

Pentru anul _____ sunt echivalate următoarele materii:

Nr. crt.	Disciplina promovată	Notă examen	Examen echivalat
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

Secretar an:

Nume și Prenume _____ Semnătura _____

Pentru alinierea la planul de învățământ al promoției _____ - _____, studentul/a trebuie să parcurgă și să promoveze următoarele discipline:

1		8	
2		9	
3		10	
4		11	
5		12	
6		13	
7		14	

Secretar an care preia studentul/a:

Nume și Prenume _____ Semnătura _____

Semnătura de luare la cunoștință de student:

Data: