

**CERERE PENTRU ÎNTRERUPEREA STUDIILOR/
PRELUNGIREA MEDICALĂ A STUDIILOR**

Aprobat,
RECTOR

Aviz,
DECAN

Domnule Decan,

Subsemnatul/a _____ din țara _____
student/ă la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“ din București, **Facultatea de Medicină**, programul de studii _____, forma de învățământ – cu frecvență, forma de finanțare _____, anul universitar _____, în anul de studii _____, seria _____, grupa _____, nr. matricol _____, vă rog să-mi aprobați *întreruperea studiilor universitare* / *prelungirea medicală a școlarității* pentru anul univ. _____.

Motivul întreruperii studiilor / prelungirii școlarității:

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

Data _____

Semnătura _____

Date de contact:

Telefon:

Email:

**Avizat,
Biroul Contabilitate**

(pentru studenții înscriși la programul de studiu în lb.română)

sau

Biroul Studenți Internaționali

(în cazul studenților români înscriși la programul de studiu în lb.engleză și i
al studenților străini înscriși la programul în limba română)

Notă:

În conformitate cu prevederile Regulamentului de activitate profesională, studenții care studiază cu taxă au obligația de a achita taxa școlară la zi, inclusiv taxa integrală aferentă lunii în care solicită întreruperea. Studenții care întrerup studiile înainte de expirarea termenului pentru care au achitat taxa școlară nu beneficiază de restituirea taxei achitate.

Domnului Decan al Facultății de Medicină

**CERERE PENTRU ÎNTRERUPEREA STUDIILOR/
PRELUNGIREA MEDICALĂ A STUDIILOR**

REFERAT SECRETARA DE AN:

Studentul _____ anul _____ se încadrează la:

art. 62 și 63 din Regulamentul de Activitate profesională privind **întreruperea studiilor** pentru anul univ. _____.

sau

art. 58 și art. 59 din Regulamentul de Activitate profesională privind **prelungirea medicală** studiilor pentru anul univ. _____.

Situația școlară a studentului/ei la momentul întreruperii studiilor/prelungirii medicale a studiilor:

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____) _____;

Secretar an:

Nume _____ Prenume _____

Semnătura:

Domnului Decan al Facultății de Medicină