**Aprobat,**

**Decan**

**Facultatea de Medicină**

**Avizat,**

**Biroul Contabilitate**

**Biroul Studenți Internaționali**

(în cazul studenților români înscriși la programul de studiu în lb.engleză)

**Domnule Decan**,

 Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, posesor al CI nr\_\_\_\_\_ seria\_\_\_\_\_ CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ student în cadrul **Facultăţii de Medicină**, anul \_\_\_\_\_\_\_\_, studii universitare de licență, forma de învăţământ – cu taxă**,** vă rog să binevoiţi a-mi aproba *redobândirea calității de student /student doctorand* în urma suspendării de la studii din cauza neachitării taxelor pentru anul anul universitar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,**

Anexez alăturăt dovezile plăților.

Data: Semnătura:

Date de contact :

Telefon:

Email:

*Domnului Decan al Facultății de Medicină*