

CERERE PENTRU RETRAGEREA DE LA STUDII

Aprobat,
RECTOR

Avizat,
DECAN

DOAMNĂ DECAN,

Subsemnatul/a, _____,
din țara _____ (*studentii internaționali*), student/ă la U.M.F. „Carol Davila” din București,
Facultatea de Stomatologie, programul de studiu – Medicină Dentară, forma de învățământ –
cu frecvență, forma de finanțare _____, anul _____ de studiu, seria _____, grupa _____,
nr. matricol _____, anul universitar _____ - _____, vă rog să-mi aprobați
retragerea de la studii.

Motivul retragerii de la studii:

DATE DE CONTACT:

Telefon: _____

E-mail: _____

Data

____ / ____ / ____

Semnătura

REFERAT

Studentul/a, _____,
țara _____ (*studenții internaționali*), anul _____ de studiu, se încadrează la **art. 65** din
Regulamentul privind activitatea profesională a studenților, cu referire la **retragerea de la**
studii, pentru anul universitar _____ - _____.

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
