CERERE PENTRU ECHIVALAREA STUDIILOR

Avizat,
Decan

Domnule Decan,

Subsemnatul/a_____ din țara _____

student/ă la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“ din București, **Facultatea de Asistență Medicală**, programul de studii _____, forma de învățământ – cu frecvență, forma de finanțare _____, anul universitar_____ în anul de studii_____, grupa _____, nr. matricol _____, vă rog să-mi aprobați echivalarea rezultatelor obținute în perioada _____, conform situației școlare anexate, emisă de _____

☐ Toate disciplinele promovate, care sunt compatibile, așa cum prevede Regulamentul privind activitatea profesională a studenților

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

_____

_____

Mă angajez să nu mai solicit alte echivalări ulterior prezentei cereri și mă oblig să susțin toate examenele de diferență în acest an universitar, în caz contrar voi fi exmatriculat.

Data: Semnătură

Date de contact :
Telefon:
Email:

Domnului Decan al Facultății de Asistență Medicală