CERERE ADEVERINȚĂ STUDENT

Aviz,

DECAN

Domnule Decan,

Subsemnatul/a_____ 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 eliberarea unei adeverințe care să ateste calitatea de student, fiindu-mi necesară la

_____

Data _____ Semnătura_____

Date de contact:
Telefon:
Email:

Domnului Decan al Facultății de Asistență Medicală

Notă: adeverintele privind statutul de student străin se elibereaza de catre Biroul studenti straini