CERERE pentru REDOBÎNDIREA CALITĂȚII de STUDENT

Aprobat,
Decan FAM

Avizat,
Biroul Contabilitate

Domnule Decan,

Subsemnatul/a_____, posesor al CI seria _____, nr. ____, CNP _____, student/ă la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“ din București, **Facultatea de Asistență Medicală**, programul de studii _____, forma de finanțare – cu taxă, **anul** _____, studii universitare de licență, vă rog să binevoiți a-mi aproba *redobândirea calității de student,* în urma suspendării de la studii din cauza neachitării taxelor pentru **anul universitar _____**

Anexez alăturat dovezile plăților.

Data _____ Semnătura_____

Date de contact:
Telefon:

Email: