CERERE pentru RELUAREA STUDIILOR

Aprobat,
Decan FAM

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 ***reînscrirea la studii/ reluarea studiilor,*** în anul universitar **_____,** anul de studii_____.

Cererea de reluare studii este aplicată ca urmare a perioadei de _____

_____

Data _____ Semnătura_____

Date de contact:
Telefon:

Email: