**CERERE PENTRU RETRAGEREA DE LA STUDII**

**Aprobat,** **Aviz,**

**C.A./RECTOR** **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 ***retragerea de la studii***

Motivul retragerii de la studii:

_____

_____

_____

Data _____ Semnătura_____

Date de contact:
Telefon:
Email:

*Domnului Decan al Facultății de Asistență Medicală*

**CERERE PENTRU RETRAGEREA DE LA STUDII**

***REFERAT SECRETAR AN:***

Studentul_____ anul _____ se încadrează la art._____din Regulamentul de Activitate profesională privind retragerea de la studii pentru anul univ._____.

Situația școlară a studentului/ei la momentul retragerii de la studii:

Anul ____/an univ. (20___/20___) _____;

Anul ____/an univ. (20___/20___) _____;

Anul ____/an univ. (20___/20___) _____;

Anul ____/an univ. (20___/20___) _____.

***Secretar an:***

*Nume* _____ *Prenume*_____

*Semnătura:*