

DOMNULE DECAN,

Subsemnatul (a)....., student (ă) la
Facultatea de Medicină în anul, vă rog să îmi aprobați echivalarea mobilității de
plasament Erasmus (SMP) desfășurată la
în perioada cu practica de vara.

Data:

Semnătura:

Domnului Decan al Facultății de Medicină, UMF Craiova