

Aviz favorabil/nefavorabil
DECAN

Se aprobă/Nu se aprobă
CONSILIUL DE ADMINISTRAȚIE

CĂTRE
Facultatea de Asistență Medicală

Subsemnatul (a) _____, țara _____, student (ă) în anul ____,
gr. ____, an universitar _____, în cadrul **FACULTĂȚII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ**, program de
studii _____, pe loc fără taxă / cu taxă, vă rog să-mi aprobați **RELUAREA**
studiilor universitare de licență, începând cu data de _____

Menționez că am avut studiile întrerupte pe o perioadă de _____

Vă mulțumesc.

Data _____

Semnătură student

Secretar facultate

Secretar șef facultate,