

**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
ÎNTRERUPEREA studiilor universitare de licență, în perioada _____, începând cu
data de _____ pentru următoarele motive :

Vă mulțumesc.

Data _____

Semnătură student

Mențiuni: _____

Secretar facultate

SITUAȚIA FINANCIARĂ A STUDENTULUI:

ACHITAT – până la data înregistrării cererii

Admin.financiar: _____

(nume, prenume, semnătură)

Secretar șef facultate,

Termenul de soluționare al cererii este conform legislației în vigoare