



**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"CAROL DAVILA" din BUCUREȘTI**



DIRECȚIA GENERALĂ SECRETARIAT UNIVERSITATE

**Aprobat,
RECTOR,
Prof. Univ. Dr. Viorel JINGA**

DOMNULE RECTOR,

Subsemnatul/a _____ student/ă în cadrul
Universității _____,
Facultatea _____, domeniul sănătate, program de studii limbă
_____, cursuri de zi, forma de finanțare cu taxă ☐/buget ☐, anul _____
de studii, vă rog să binevoiți a-mi aproba analizarea dosarului în vederea aprobării unei
mobilități studențești temporare ☐/definitive ☐ pentru anul universitar 2022-2023 în cadrul
Universității de Medicină și Farmacie "Carol Davila" București, Facultatea
_____, program de studii limbă _____.

Data _____

Semnătura _____

Adresă mail: _____

Telefon: _____

**DOMNULUI RECTOR AL UNIVERSITĂȚII DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „CAROL
DAVILA” DIN BUCUREȘTI**