CERERE PERTICIPARE EXAMENE ÎN SESIUNEA DE CREDITE

Aprobat,

DECAN

Domnule Decan,

Subsemnatul/a_____ din țara _____ student/ă la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“ din București, **Facultatea de Moașe și 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 ***participarea în sesiunea de credite pentru următoarele materii:***

_____

_____

_____

Menționez că în urma rezultatelor obținute în sesiunea de restanțe am rămas cu maxim 12 credite nepromovate.

Data _____ Semnătura_____

Date de contact:
Telefon:
Email:

Domnului Decan al Facultății de Moașe și Asistență Medicală

CERERE PERTICIPARE EXAMENE ÎN SESIUNEA DE CREDITE

REFERAT SECRETAR AN:

Studentul/a _____ anul _____ îndeplinește condițiile pentru a putea participa la sesiunea de credite a anului univ _____ .

Secretar an:

Nume _____ Prenume_____

Semnătura: