CERERE PENTRU ÎNTRERUPEREA STUDIILOR /
PRELUNGIREA MEDICALĂ A STUDIILOR

Aprobat, **Aviz,**

C.A./RECTOR **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 pentru anul universitar _____

☐ ***întreruperea studiilor universitare***

☐ ***prelungirea medicală a școlarității***

Motivul întreruperii studiilor / prelungirea școlarității:

_____

_____

În sprijinul celor afirmate mai sus anexez următoarele copii: (se vor anexa, după caz, copiile actelor sau documentelor relevante)

Data _____ Semnătura_____

Date de contact:
Telefon:
Email:

Avizat,
Biroul Contabilitate
(pentru studenții înscriși la programul de studiu în la lb română)

sau

Serv. Studenți Străini
(în cazul studenților români înscriși la programul de studiu în lb.engleză si al studenților străini înscriși la programul în limba română)

Notă:
În conformitate cu prevederile Regulamentului de activitate profesională, studenţii care studiază cu taxă au obligaţia de a achita taxa şcolară la zi, inclusiv taxa integrală aferentă lunii în care solicită întreruperea.
Studenţii care întrerup studiile înainte de expirarea termenului pentru care au achitat taxa şcolară nu beneficiază de restituirea taxei achitate.

CERERE PENTRU ÎNTRERUPEREA STUDIILOR /
PRELUNGIREA MEDICALĂ A STUDIILOR

Domnului Decan al Facultății de Moașe și Asistență Medicală

REFERAT SECRETAR AN:

Studentul_____ anul _____ se încadrează la:

☐ **art. 62 și 63** din Regulamentul de Activitate profesională privind **întreruperea studiilor** pentru anul univ._____.

sau

☐ **art. 58 și art. 59** din Regulamentul de Activitate profesională privind **prelungirea medicală a** studiilor pentru anul univ._____.

Situația școlară a studentului/ei la momentul întreruperii studiilor/prelungirii medicale a studiilor:

Anul ____/an univ. (20___/20___) _____;

Anul ____/an univ. (20___/20___) _____;

Anul ____/an univ. (20___/20___) _____;

Anul ____/an univ. (20___/20___) _____.

Secretar an:

Nume _____ *Prenume*_____

Semnătura: