CERERE PENTRU RETRAGEREA DE LA STUDII

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 ***retragerea de la studii***

Motivul retragerii de la studii:

_____

_____

_____

Data _____ Semnătura_____

Date de contact:
Telefon:
Email:

Domnului Decan al Facultății de Moașe și Asistență Medicală

CERERE PENTRU RETRAGEREA DE LA STUDII

REFERAT SECRETAR AN:

Studentul_____ anul _____ se încadrează la art. _____din Regulamentul de Activitate profesională privind retragerea de la studii pentru anul univ._____.

Situația școlară a studentului/ei la momentul retragerii de la studii:

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: