DIRECȚIA GENERALĂ SECRETARIAT UNIVERSITATE

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

DOMNULE RECTOR,

Subsemnatul/a _____ student/ă în cadrul Universităţii_____, Facultatea_____, programul de studii _____ în limba _____, învățământ cu frecvență, anul _____ de studii, forma de finanțare cu taxă ☐ /buget ☐ ,vă rog să binevoiți a-mi aproba analizarea dosarului în vederea aprobării mobilității studențești temporare ☐ /definitive ☐ pentru anul universitar 2025-2026 în anul de studii _____ la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București, Facultatea _____, program de studii _____ în limba _____.

Data_____

Semnătura_____

Adresă mail: _____

Telefon: _____

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