

UNIVERSITATEA TRANSILVANIA BRAȘOV
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Aviz, Decanul facultății

CERERE DE RETRAGERE

Domnule Decan,

Subsemnatul(a) _____, student buget/taxă la programul de studiu _____, anul _____, vă rog să-mi aprobați cererea de retragere a dosarului de la Facultatea de Medicină.

Menționez că motivul retragerii este _____

Data,

Semnătură student,