

UNIVERSITATEA TRANSILVANIA BRAȘOV
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Aviz, Decanul facultății

CERERE DE MĂRIRE NOTĂ

Domnule Decan,

Subsemnatul(a) _____, student(ă), în anul _____ la programul de studiu _____, prin prezenta vă rog a-mi aproba prezentarea la examenul de mărire a notei _____ la disciplina/disciplinele _____ (maxim 2)

Data,

Semnătură student,