

UNIVERSITATEA TRANSILVANIA BRAȘOV
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Aviz, Decanul facultății

CERERE DE REÎNMATRICULARE

Domnule Decan,

Subsemnatul(a) _____, fost(ă) student(ă), în anul _____ la
programul de studiu _____, vă rog să-mi aprobați reînmatricularea în anul universitar
_____/_____, în anul de studiu _____

Data,

Semnătură student,