

UNIVERSITATEA TRANSILVANIA BRAȘOV
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Aviz, Decanul facultății

CERERE DE RELUARE A STUDIILOR

Domnule Decan,

Subsemnatul(a) _____, student(ă) buget/taxă la
programul de studiu _____, vă rog să-mi aprobați cererea de reluarea
studiilor în anul ____ de studii, începând cu anul universitar _____

Menționez că am întrerupt studiile în anul de studii _____, anul universitar _____

Data,

Semnătură student,