Domnule Decan,

Subsemnatul/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, absolvent/ă al/a Facultăţii de Medicină Dentară/Stomatologie, program de studii - Medicină Dentară/Tehnică Dentară, Universitatea de Medicină şi Farmacie din Craiova, promoţia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vă rog a-mi aproba cererea prin care solicit o adeverinţă care să ateste anii de studiu fiindu-mi necesară la\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Documente anexate:

* Copie diplomă licenţă;
* Copie supliment diplomă;
* Document doveditor achitare taxă eliberare adeverinţă;
* Alte documente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data

Domnului Decan al Facultăţii de Stomatologie