Domnule Decan,

Subsemnatul/subsemnata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vă rog a-mi aproba cererea prin care solicit reluarea studiilor în anul \_\_\_\_\_, an universitar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în cadrul Facultăţii de Stomatologie, program de studii - Medicină Dentară/Tehnică Dentară.

Menţionez că am întrerupt studiile în anul \_\_\_\_, an universitar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data: Semnătura:

Domnului Decan al Facultăţii de Stomatologie