

UNIVERSITATEA DIN BUCURESTI

FACULTATEA DE _____

Nr. _____ / _____

Se aprobă,
RECTOR,
L.S.

Aviz favorabil,
DECAN,
L.S.

Domnule Decan,

Subsemnatul(a) _____,
exmatriculat (ă) din cadrul **Facultății de** _____, vă rog să
binevoiți a-mi aproba reînmatricularea în **anul** _____, programul de studii
universitare _____ forma de învățământ **înv. cu**
frecvență , **înv. cu frecvență redusă** , **înv. la distanță** , **pe locuri cu**
taxă / **pe locuri subvenționate de la buget** .

Mențiuni: _____

Data _____

Semnătura _____

Situația școlară

a **studentului/ei** _____ **Nr. matricol:** _____
(nume și prenume scris cu litere de tipar)

Anul _____/anul univ. _____/
Anul _____/anul univ. _____/
Anul _____/anul univ. _____/
Anul _____/anul univ. _____/
Anul _____/anul univ. _____/

Exmatriculat cu dispoziția Nr. _____/_____

Secretar _____

Secretar șef _____

Doamnei/ Domnului Decan al Facultății de _____