

UNIVERSITATEA DIN BUCUREȘTI
FACULTATEA DE LITERE

Nr. _____ / _____

Se aprobă / Nu se aprobă,

Decan,

L.S.

DOAMNĂ DECAN,

Subsemnatul(a), _____,
student(ă) în anul de studii _____, anul universitar _____ / _____, la Facultatea de **Litere**,
programul de studii _____, studii universitare de
☐ licență / ☐ master, forma de învățământ ☐ IF / ☐ ID / ☐ IFR, forma de finanțare ☐ buget / ☐ taxă,
vă rog să binevoiți a-mi aproba ☐ **întreruperea de studii** / ☐ **prelungirea școlarității din motive
medicale**, pentru o perioadă de _____ ani.

Solicit întreruperea studiilor din următoarele motive: _____

_____.

Anexez următoarele documente:

_____.

Data _____

Semnătura _____

(Secțiune rezervată Secretariatului)

Situația școlară

a studentului(ei) _____ *nr. matricol* _____

Anul _____ / anul univ. 20__ - 20__ / _____

Anul _____ / anul univ. 20__ - 20__ / _____

Anul _____ / anul univ. 20__ - 20__ / _____

Anul _____ / anul univ. 20__ - 20__ / _____

Confirmăm exactitatea datelor:

Secretar,

Secretar-șef,

Doamnei Decan al Facultății de Litere