

UNIVERSITATEA DIN BUCUREȘTI
FACULTATEA DE LITERE

Nr. _____ / _____

Se aprobă/Nu se aprobă,

Decan,

L.S.

DOAMNĂ DECAN,

Subsemnatul(a), _____, student(ă)
al(a) Facultății de **Litere**, vă rog să binevoiți a-mi aproba reluarea studiilor în anul _____ de studii,
anul universitar _____ / _____, după revenirea din ☐ **întrerupere de studii** / ☐ **prelungirea
școlarității** din motive medicale, la studii de învățământ ☐ licență / ☐ master, programul de studii
_____, forma de învățământ ☐ IF / ☐ ID / ☐ IFR, forma de
finanțare ☐ taxă / ☐ buget.

Voi îndeplini evantualele obligații școlare de diferență, rezultate în urma planurilor de
învățământ, dacă este cazul. Mă angajez să aduc dovada achitării taxei pentru examenele de diferență
(dacă este cazul).

Mențiuni: _____.

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__ / _____

Întrerupere de studii/prelungirea școlarității din motive medicale cu Dispoziția nr. _____ / _____,
în baza cererii nr. _____ / _____.

Confirmăm exactitatea datelor:

Secretar,

Secretar-șef,

Doamnei Decan al Facultății de Litere