UNIVERSITATEA DIN BUCUREŞTI

FACULTATEA DE LITERE

Nr ……/……

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 învăţământ IF/ID/IFR, forma de finanţare taxă/ buget, vă rog să binevoiţi a-mi aproba **întreruperea de studii/prelungirea şcolarităţii din motive medicale**, pentru o perioadă de ..... ani.

Solicit întreruperea studiilor din următoarele motive: ……

……..…

Anexez următoarele documente: ……

Data …… Semnătura ……

Situaţia 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-şef,***

Doamnei Decan al Facultăţii de Litere