

UNIVERSITATEA DIN BUCUREȘTI

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 învățământ IF/ID/IFR, forma de finanțare taxă/ buget, 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

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