

Domnule Decan,

Subsemnatul/a,, student/ă al/a
Facultății de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, anul ...,
seria ..., grupa..., vă rog să-mi aprobați echivalarea notei la disciplina*
.....
din anul de studiu, notă obținută în urma examenului la disciplina
....., promovat în anul
de studiu, anul universitar/....., la
Universitatea.....,
Facultatea....., program de studii

*se completează cu denumirea din planul de învățământ

Data:

Semnătura:

Domnului Decan al Facultății de Medicină.