

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CRAIOVA
FACULTATEA DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

Nr. _____/_____

AVIZ

Titular curs

AVIZ

Decan

DOAMNA DECAN,

Subsemnatul(a) _____ student(ă) din
cadrul Facultății de Asistență Medicală, programul de studii
_____, anul ___ de studiu, anul universitar ___ /_____,
la forma de învățământ:

forma de finantare BUGET/TAXĂ

vă rog să-mi aprobați **echivalarea examenului la**
disciplina/disciplinele _____
din anul ___ de studiu, examen promovat în anul ___ de studiu, anul
universitar ___ / ___ cu nota _____, la Universitatea
_____ Facultatea _____, program de studii _____

Data,

Semnătură student,
