

UNIVERSITATEA DIN BUCUREȘTI
FACULTATEA DE LITERE

Nr/.....

Se aprobă,
DECAN,
L.S.

DOMNULE 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 **înteruperea de studii/** **prelungirea școlarității din motive
medicale**, pentru o perioadă de ani.

Solicit **înteruperea 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,

Domnului Decan al Facultății de Litere