

Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj-Napoca
Facultatea de Științe Medicale și ale Sănătății

AVIZ DECAN _____
Nr. ____/____

Către,
Decanatul Facultății de Științe Medicale și ale Sănătății

Subsemnatul/subsemnata, _____,

înscriș/ă în anul universitar 20____/20____

- ☐ în anul III de studiu
- ☐ în anul IV de studiu
- ☐ în anul II de studiu nivel master
- ☐ în prelungire de studii

la specializarea _____, având numărul matricol
_____, vă rog să-mi aprobați prelungirea studiilor pentru **anul universitar**
20____/20____.

Menționez că am studiat în perioada _____

Am luat la cunoștință faptul că, în cazul în care planul de învățământ se modifică, voi susține examene de diferență conform Regulamentului ECTS în vigoare.

Telefon de contact (student): _____

Adresă de e-mail (student): _____

Informații cu privire la Regulamentul ECTS:

<https://www.ubbcluj.ro/ro/studenti/invatamant/regulamente>

Cluj-Napoca,

Cu mulțumiri,

Data: _____

Semnătura: _____