

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, _____,
student/ă la specializarea _____, nr matricol _____, nivel se studiu
☐ licență/ ☐ master, vă rog să-mi aprobați reînmatricularea în anul de studiu _____ (în același
an de studiu dacă se repetă anul pt. neacumularea celor 30 de credite/prelungire de studii – după
caz), **în anul universitar 20__/20__.**

Motivul exmatriculării este:

- ☐ neacumularea celor 30 de credite necesare promovării anului de studiu,
- ☐ neachitarea taxei de școlarizare,
- ☐ lipsă cerere de reluare studii din întrerupere
- ☐ lipsă cerere de prelungire a studiilor

Telefon de contact (student): _____

Adresă de e-mail (student): _____

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.

Informații cu privire la Regulamentul ECTS:

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

Cluj-Napoca,

Cu mulțumiri,

Data: _____

Semnătura: _____