

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

AVIZAT ÎN CONSILIUL FACULTĂȚII DIN
DATA DE _____
Nr. _____ / _____

Către Decanatul Facultății de Științe Medicale și ale Sănătății,

Subsemnatul/a _____
înscriș/ă în anul universitar **20__/20__**, în anul de studiu _____,
la specializarea _____ vă rog să-mi
aprobați **REDUCEREA TAXEI DE ȘCOLARIZARE**, pentru anul în curs.

Menționez **că mai sunt înscriș/ă** și la Facultatea _____
Universitatea Babeș-Bolyai, în anul de studiu _____, în regim
_____.

Menționez **că am absolvit** Facultatea _____,
specializarea _____, Universitatea Babeș-Bolyai
în anul _____.

Atașez la prezenta cerere, adeverință de la cealaltă facultate.
După sesiunea de iarnă, mă oblig să prezint o adeverință de la cealaltă
facultate, din care să reiasă că am obținut minim 15 credite.

Telefon de contact (student): _____

Adresă de e-mail (student): _____

Cluj-Napoca

Cu mulțumiri,

Data: _____

Semnătura: _____