

UNIVERSITATEA TITU MAIORESCU
FACULTATEA DE MEDICINĂ DENTARĂ

Doamna Decan,

Subsemnatul/a _____,

student/ă în anul _____ de studii, anul universitar 2024 – 2025, la Facultatea de Medicină

Dentară, programul de studii universitare de masterat **Reabilitări orale cu agregare**

implantară, vă rog să îmi aprobați eliberarea (1) _____

fiindu-mi necesară la (2) _____

pentru (3) _____

Vă mulțumesc,

(semnătura)

Data _____

Numărul de telefon _____

Adresa de e-mail _____

(1) a – unei adeverințe / b – unei situații școlare

(2) – se va specifica instituția pentru care se eliberează documentul

(3) – se va menționa motivul pentru care se eliberează documentul