

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 **Medicină Dentară**, vă rog să îmi aprobați echivalarea
următoarelor discipline studiate în cadrul Universității _____,
Facultatea de _____:

Nr. crt.	Disciplina	Nota	Aprobare/ semnătura cadrlui didactic
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Vă mulțumesc,

(semnătura)

Data _____

Număr de telefon _____

Adresa de e-mail _____