**Doamnă Decan,**

Subsemnatul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, student în anul \_\_\_\_\_\_\_ de studii, anul universitar 2023 – 2024, la Facultatea de Medicină, programul de studii **Asistență Medicală Generală**, vă rog sa îmi aprobați echivalarea următoarelor discipline studiate în cadrul Universității \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Facultatea de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

**\* Se pot echivala doar disciplinele din anul universitar curent**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr. crt.** | **Disciplina** | **Nota echivalată** | **Aprobare și semnătura cadrului didactic** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 Vă mulțumesc,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (semnătura)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Număr de telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresă mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Domnului Decan a Facultății de Medicină**