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 _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____.

Vă mulțumesc,

_____

(semnătura)

Data _____

Număr de telefon _____

Adresa de e-mail_____