

**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 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