

Nr. înregistrare...../.....

Nr. înregistrare...../.....

APROBAT DECAN,
.....

APROBAT DECAN,
Prof. univ. dr. Liliana IONESCU-FELEAGĂ

DOAMNA DECAN,

Subsemnatul(a), _____,
student(ă) în cadrul Facultății de _____, la studii
universitare de licență, programul de studii
(specializarea) _____, limba de predare
_____, locația geografică _____, în anul universitar **2022/2023**, anul
de studiu _____, forma de învățământ cu frecvență (IF) / cu frecvență redusă (IFR) / la distanță (ID),
vă rog să-mi aprobați TRANSFERUL, în anul _____ de studiu, în anul universitar **2023-2024**, la
Facultatea de _____, programul de studii
(specializarea) _____, forma de învățământ cu frecvență (IF)
/ cu frecvență redusă (IFR) / la distanță (ID), limba de predare _____ .

Adresă e-mail: _____

Telefon: _____

Data: _____

Semnătura,
