Nr.

|  |  |
| --- | --- |
| Aprobare decan, |  |
| Avizare administrator-șef de facultate |  |
| Avizare secretariat facultate |  |

Către

Conducerea Facultății de ......

 Subsemnatul/a ........................................................................................................, student/ă la Facultatea de ......................................................................................, programul de studii ...................................., forma de învățământ (IF/IFR/ID) ......., anul de studiu ......, grupa ............, anul universitar ........................, adresa de e-mail ................................................................................., nr. de telefon .....................................

 Prin prezenta, solicit aprobarea înscrierii în vederea refacerii activității didactice la următoarele discipline (diferențe):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. crt. | Disciplina | An de studiu/An universitar | Nr. de credite | Taxă refacere disciplină – suma datorată (lei) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Data: ................. Semnătura studentului .............................

Am luat cunoștință de rezoluție, astăzi, .......................

Am primit o copie.

Semnătura studentului .............................