

Nr. /

Domnule Decan,

Subsemnatul/a _____, vă rog să-mi aprobați
reînmatricularea la programul de studii _____, în anul _____, an
universitar 2024 – 2025.

Mă oblig să achit taxa de reînmatriculare și taxele de școlarizare în termenele
stabilite în contract.

Telefon :

Semnătura,

Data

Aprobat Director departament