

Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj-Napoca

Facultatea de Științe Medicale și ale Sănătății

AVIZ DECAN _____

Nr. ____/ ____

Către

Decanatul Facultății de Științe Medicale și ale Sănătății

Subsemnat/a/ul, _____, înscris/ă în anul universitar ____/____, în anul de studiu ____, la specializarea _____, regim de finanțare ☐ buget / ☐ taxă*, având numărul matricol ____/____, vă rog să-mi aprobați RETRAGEREA DE LA STUDII pentru anul în curs.

Am beneficiat de bursa _____ ☐ Nu am beneficiat ☐ în anul univ. ____/____.

Menționez că motivul retragerii de la studii este următorul :

- ☐ urmez alt program de studiu;
- ☐ dificultatea examenelor;
- ☐ conținutul cursurilor;
- ☐ motive legate de locul de muncă;
- ☐ motive familiale; ☐ motive financiare;
- ☐ motive medicale;
- ☐ absența unei locuințe în localitatea în care se desfășoară cursurile pe care le-am urmat;
- ☐ altele, specificați _____.

Vă aduc la cunoștință că am achitat suma de _____ reprezentând ____rate din taxa de școlarizare.

Conform regulamentului de taxe UBB:

*Dacă cererea de retragere este înregistrată în intervalul 1 octombrie - până la sfârșitul semestrului I se va datora 50% din taxa de școlarizare totală;

*Dacă cererea de retragere este înregistrată pe parcursul semestrului II se va datora taxa de școlarizare integral.

Cluj-Napoca,

Data: _____

Semnătura: _____