

Universitatea "Ovidius" din Constanța
Facultatea de _____
Nr. _____ / _____

Domnule Decan,

Subsemnatul(a) _____, student/(a) în
cadrul Facultății de _____, Specializarea
_____, forma de învățământ ZI/
IFR/ ID, pe locuri cu taxă / fără taxă, vă rog să binevoiți a-mi aproba retragerea de la studii/
retragerea dosarului.

Mențiuni: _____ .

Data _____

Semnătura _____

FIȘĂ DE LICHIDARE

NUMELE ȘI PRENUMELE : _____,

FACULTATEA _____,

SPECIALIZAREA : _____,

CURSURI DE ZI/ID/IFR, LICENȚĂ/MASTERAT

AN DE STUDII (al încetării activității) _____, AN UNIVERSITAR _____

SECRETARIAT

BIBLIOTECĂ

CENTRUL DE CONSILIERE ÎN CARIERĂ

SERVICIUL SOCIAL

SERVICIUL TAXE