

Doamna Decan,

Subsemnatul(a) _____, student(ă) în anul _____ de studii, anul universitar

2025 – 2026, la Facultatea de Medicină Dentară, programul de studii _____, vă rog să îmi aprobați echivalarea

următoarelor discipline studiate în cadrul Universității _____, Facultatea de _____:

*** Se pot echivala doar disciplinele din anul universitar curent**

Nr. crt.	Disciplina pentru care se solicită echivalarea (din planul de învățământ al UTM)	Nr. credite	Nr. ore	Semestrul	Disciplina cu care se solicită echivalarea (din planul de învățământ al facultății studiate anterior de student)	Nr. credite	Nr. ore	Semestrul	Nota echivalată	Acordul Comisiei de echivalare DA/NU	Semnătura decanului
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											

Data _____

Vă mulțumesc,

(semnătura)

Număr de telefon _____

Adresă mail _____

Doamna Decan a Facultății de Medicină Dentară