



Anexa 7

Nr. Înregistrare:din/...../.....

SOLICITANT:

(numele și prenumele studentului)

Facultatea:/Specializarea:.....Anul:.....

Integralist: Da Nu Telefon:..... E-mail:.....

**VERIFICARE CONFORMITATE
DOSAR BURSE SOCIALE CAZURI MEDICALE
Anul universitar 20..../ 20.... Sem.**

| Nr. crt. | Documente necesare | Există Da | Lipsă Nu | Nu e cazul | Nr. pagină (de la ...până la) |
|----------|--|--------------|-------------|---------------|---------------------------------------|
| 1. | Cerere tip completată de către student; | | | | |
| 2. | Copie după buletinul/cartea de identitate a studentului; | | | | |
| 3. | Certificat eliberat de către medicul specialist; | | | | |
| 4. | Viza medicului de familie al studentului; | | | | |
| 5. | Altele, dacă este cazul: | | | | |

Notă:

1. Rubricile Da; Nu; Nu e cazul – se vor completa de către student cu X, după caz.
2. Fiecare pagină din dosar va fi numerotată și semnată în partea dreaptă jos, de către studentul în cauză.
3. **Nu se acceptă dosarele incomplete.**

**Solicitant,
Numele și prenumele studentului/ Semnătura**

Dosarul este:
Înregistrat Respins

Data
...../...../ 20....

Numele și prenumele/ Semnătura
(secretariat facultate)

Observații:

.....
.....

..... (Se completează cu motivele respingerii dosarului).

Acest dosar conține un număr de.....pagini.

Verificat,
Secretar Șef Facultate
Data:/...../20....

