

Domnule Rector,

Subsemnatul/a (*numele și prenumele purtate în facultate*).....
....., *căsătorit/ă (schimbare nume)*
..... absolvent/ă a USAMV București, Facultatea
de ,Specializarea/program de studiu
..... ,
forma de învățământ (*cu frecvență, cu frecvență redusă*) , cu examen de
(*diplomă, licență, disertație*) susținut și promovat în sesiunea
(*iunie/iulie, septembrie, februarie*) , anul solicit eliberarea diplomei.

Menționez că adresa de domiciliu este în: localitatea ,
județul , str. , nr. ,
bl. , sc. , sector , telefon fix , telefon mobil
..... , adresa de e-mail

Precizez că mă legitimez cu BI/CI seria , nr..... , eliberat de
..... la data de

Data:

Semnătura

.....

.....

Domnului Rector al Universității de Științe Agronomice și Medicină Veterinară - București

VIZE OBLIGATORII:

VIZĂ SECRETARIAT FACULTATE,

VIZĂ BIBLIOTECĂ CENTRALĂ U.S.A.M.V.,

VIZĂ BIBLIOTECĂ FMV (absolvenți FMV)

VIZĂ SERVICIUL SOCIAL,

VIZĂ SALA DE SPORT

(cu excepția absolvenților de Master și a cursurilor FR)

VIZĂ SERVICIUL CONTABILITATE,