

*De acord,  
(semnătura șefului de catedră  
și ștampila catedrei)*

**DOAMNĂ DECAN,**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ student(ă) la  
Facultatea de Medicină Dentară în anul \_\_\_\_\_, grupa \_\_\_\_\_, vă rog să binevoiți a-mi aproba  
efectuarea lucrării de licență cu titlul:

” \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_”

sub conducerea \_\_\_\_\_  
în cadrul Catedrei de \_\_\_\_\_.

**DATA**

**SEMNĂTURA**

*De acord cu conducerea lucrării  
(Semnătura conducătorului științific)*

**Doamnei Decan a Facultății de Medicină Dentară din cadrul UMF “Carol Davila”, București**