

## Domnule Rector,

Subsemnatul/a (*numele și prenumele purtate în facultate*).....  
....., căsătorit/ă (*schimbare nume*) .....  
..... absolvent/ă a USAMV București, Facultatea  
.....,  
specializarea .....  
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 DIRECȚIA CAMPUS,**

**VIZĂ SALA DE SPORT**

(cu excepția absolvenților de Master și a cursurilor FR)

**VIZĂ SERVICIUL CONTABILITATE,**