Anexa Nr. 1

Universitatea de Medicină şi Farmacie “Carol Davila” Bucureşti

 Avizat

 Rector

………………………………………………..

ÎNDEPLINIRE STANDARDE MINIMALE

 ❑ DA ❑NU

CERERE-TIP

Pentru susţinerea tezei de abilitare

Domnule Rector,

 Subsemnatul/Sebsemnata .........................................................................(prenumele şi numele), titular la ....................................................................................................................., având funcţia de ...................................................................... solicit prin prezenta susţinerea tezei de abilitare în domeniul de studii universitare de doctorat ............................................. .

 Solicit ca procedura de abilitare în domeniul ................................................................ să se desfăşoare în cadrul ...................................................................................................................................................... (instituţia organizatoare de studii universitare de doctorat, IOSUD).

 Declar pe propria răspundere că informaţiile prezentate în această cerere şi în dosarul de abilitare corespund realităţii.

Data Semnătura