



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"CAROL DAVILA" din BUCUREȘTI



DIRECȚIA GENERALĂ SECRETARIAT UNIVERSITATE

SECRETARIAT ȘCOALĂ DOCTORALĂ

Nr. de înregistrare ____/____.____.____

DOMNULE RECTOR,

Subsemnatul(a)*, _____

CNP _____, admis(ă) la doctorat în cadrul UMF „Carol Davila” din
București, domeniul _____, specialitatea _____

la data de ____ . ____ . _____, forma BUGET ☐ TAXA ☐, având conducător științific pe
dna/dnul Prof/Conf.Dr. _____, cu titlul tezei(**) _____

vă rog sa-mi aprobați eliberarea unei adeverințe de student doctorand, fiindu-mi necesară la

Prezenta adeverință are o perioadă de valabilitate de 30 de zile de la data emiterii.

TELEFON: _____

Semnătura

Aviz,

Serviciu Financiar Contabilitate

Domnului Rector al U.M.F. „Carol Davila” din București

* se va completa numele din certificatul de nastere, cu initiala tatalui

** se va completa cu majuscule