



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
“CAROL DAVILA” din BUCUREȘTI



DIRECȚIA GENERALĂ SECRETARIAT UNIVERSITATE

SECRETARIAT ȘCOALĂ DOCTORALĂ

Nr. de înregistrare ____/__. ____

CERERE AUDIENȚĂ

Directorul Consiliului de Studii Universitare de Doctorat

Subsemnatul(a)*, _____

în calitate de student-doctorand înmatriculat la data de ____ . ____ . _____, forma
BUGET TAXĂ , domeniul Medicină , Medicină Dentară , Farmacie în cadrul UMF
„Carol Davila” din București, având conducător științific pe dna/dnul
Prof/Conf.Dr. _____, prin prezenta, vă rog a-mi aproba înscrierea în
audiiență.

Solicit această audiență pentru _____.

TELEFON: _____

Semnătura

**Pentru desfășurarea în bune condiții a audiențelor, avem rugămintea de a consulta în
prealabil Secretariatul Școlii Doctorale, în ceea ce privește programarea orei la audiență.**