



Anexa 1

Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” București

Avizat,
RECTOR,
Prof. univ. dr. Viorel JINGA

CERERE
pentru susținerea tezei de abilitare

Domnule Rector,

Subsemnatul/a (prenumele și numele) _____,
titular la _____, având funcția
de _____, solicit prin prezenta susținerea tezei de
abilitare în domeniul de studii universitare de doctorat _____.

Solicit ca procedura de abilitare în domeniul _____, să se
desfășoare în cadrul Școlii doctorale a Universității de Medicină și Farmacie “Carol Davila”
din București.

Declar pe propria răspundere că informațiile prezentate în această cerere și în dosarul
de abilitare corespund realității.

Data

Semnătura