



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"CAROL DAVILA" din BUCUREȘTI



DIRECȚIA GENERALĂ SECRETARIAT UNIVERSITATE
SECRETARIAT ȘCOALĂ DOCTORALĂ

Avizat,
Conducător științific

Aprobat,
Director CSUD

DOMNULE RECTOR,

Subsemnatul/a.....student-doctorand
înmatriculat la data...../...../....., cu frecvență, pe loc bugetat/ cu taxă, sub
conducerea științifică auniv.dr.....,
în domeniul de studii universitare de doctorat : Medicină, Medicină Dentară,
Farmacie, vă rog să aprobați întreruperea studiilor universitare de doctorat în
perioada

Motivul pentru care solicit întreruperea studiilor universitare de doctorat este:

.....
.....

De asemenea, menționez că am beneficiat / nu am beneficiat de alte
aprobări ale conducerii universității pentru întreruperea / prelungirea studiilor
doctorale cumulate pentru o perioadă de..... între anii
.....

Data:

Semnătura,
DOCTORAND

.....

Telefon:.....

E-mail:.....

Domnului Rector al Universității de Medicină și Farmacie "Carol Davila" București