



**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 a .....univ.dr.....,  
în domeniul de studii universitare de doctorat : Medicină,  Medicină Dentară,  
Farmacie, vă rog să aprobați prelungirea studiilor universitare de doctorat în  
perioada .....

Motivul pentru care solicit prelungirea 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**

**Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București**  
Strada Dionisie Lupu nr. 37 București, Sector 2, 020022 România, Cod fiscal: 4192910  
+40.21 318.0719; +40.21 318.0721; +40.21 318.0722  
[www.umfcd.ro](http://www.umfcd.ro)