



**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 **RELUAREA STUDIILOR UNIVERSITARE DE DOCTORAT**  
întrerupte la data de ..... începând cu data de .....

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)