



**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 **RETRAGEREA DEFINITIVĂ DE LA STUDIILE
UNIVERSITARE DE DOCTORAT.**

Data:

Semnătura,

DOCTORAND

.....

Telefon:.....

E-mail:.....

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