



ANEXA 2.1. - Capitolul 3

CERERE DE TRANSFER

UNIVERSITATEA/IOSUD _____

(de unde vine) _____

Nr. _____ din _____

UNIVERSITATEA/IOSUD _____

(unde vine) _____

Nr. _____ din _____

DE ACORD,

RECTOR

L.S.

DE ACORD,

RECTOR

L.S.

DE ACORD,

DIRECTOR CSUD

L.S.

DE ACORD,

DIRECTOR CSUD

L.S.

Aviz favorabil,

CONDUCĂTOR DE DOCTORAT

L.S.

Aviz favorabil,

CONDUCĂTOR DE DOCTORAT

L.S.

DOMNULE RECTOR,

Subsemnatul/a _____ student - doctorand în
cadrul Universității _____, domeniul de doctorat
☐ Medicină ☐ Medicină Dentară ☐ Farmacie, forma ☐ buget ☐ taxă; cursuri de zi, anul de
studii _____, vă rog să binevoiți a-mi aproba transferul în cadrul aceleiași domeniu, anul de
studii _____, începând cu anul universitar _____, la Universitatea _____,
domeniul de doctorat ☐ Medicină ☐ Medicină Dentară ☐ Farmacie.



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"CAROL DAVILA" din BUCUREȘTI



Solicit acest transfer din următoarele motive:

1. _____;
2. _____;
3. _____.

Anexez cererii o copie a dosarului de doctorat.

Data _____

Semnătura _____

DOMNULUI RECTOR AL UNIVERSITĂȚII _____
(de unde vine)

Notă:

Cererea se completează în două exemplare (câte un exemplar pentru fiecare instituție).



ANEXA 2.2. - Capitolul 3

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul/a, identificat cu C.I. seria,
nr....., eliberat de..... la data de, valabilitate,
CNP..... cu domiciliul în localitatea.....,
țara....., student - doctorand la Universitatea.....,
doresc transferul în cadrul Universității de Medicină și Farmacie "Carol Davila" București,
domeniul de doctorat ☐Medicină ☐Medicină Dentară ☐Farmacie și declar pe propria
răspundere că accept condiția de a studia în regim **cu taxă** și sunt de acord cu plata taxei în
cuanum de _____ lei, iar înscrierile din documentele ce atestă perioada studiilor
efectuate la Universitate sunt reale.

Declar pe propria răspundere că datele și informațiile din prezenta declarație corespund
realității. În caz contrar, am luat act că Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila"
din București are dreptul de a anula studiile efectuate și de a nu restitui taxele achitate.

Notă: Înțeleg că orice omisiune sau incorectitudine în prezentarea informațiilor este
pedepsită conform legii (art. 292 privind falsul în declarații din Codul Penal).

Semnătura: _____

Data: _____



ANEXA 2.3. - Capitolul 3

DIRECȚIA GENERALĂ SECRETARIAT UNIVERSITATE
SECRETARIAT ȘCOALĂ DOCTORALĂ

FIȘĂ DE LICHIDARE
TRANSFER

Vă rugăm să precizați dacă studentul - doctorand: _____
din țara _____, CNP _____, C.I./pașaport seria _____,
nr. _____, înscris la studiile universitare de doctorat în perioada _____,
forma de finanțare _____, are datorii față de Universitatea de Medicină și
Farmacie "Carol Davila" din București, direcția:

FINANCIAR - CONTABILITATE _____

Data: _____

Secretar Șef Școală Doctorală,
Șef lucrări dr. Florentina GHERGHICEANU