



Nr. de înregistrare \_\_\_\_/\_\_\_\_.\_\_\_\_.

## CERERE AUDIENȚĂ

### Director Școală Doctorală

Subsemnatul/a ..... în calitate de student-doctorand înmatriculat la data ..... /..... /....., forma  buget /  taxă, în domeniul de studii universitare de doctorat:  Medicină,  Medicină Dentară,  Farmacie în cadrul UMF „Carol Davila” din București, sub conducerea științifică a Prof./Conf.univ.dr. ...., prin prezenta, vă rog a-mi aproba **înscrierea în audiență.**

Solicit această audiență pentru .....

Semnătura,

**STUDENT - DOCTORAND**

.....

TELEFON: .....

**Domnului Director al Școlii Doctorale**