



Avizat,
Conducător științific

Aprobat,
Director Școală Doctorală

Domnule Director,

Subsemnatul/a
student-doctorand înmatriculat la data / /, forma bugetat/ cu taxă,
sub conducerea științifică a Prof. / Conf .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,

STUDENT - DOCTORAND

.....

Telefon :

E-mail :

Domnului Director al Școlii doctorale