



ȘCOALA DOCTORALĂ

**AVIZAT,
Mentor**

**APROBAT,
Consiliul Școlii Doctorale**
din data de : _____

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul/a
cercetător postdoctoral admis la data/...../....., sub coordonarea
mentorului Prof.univ.Dr./Conf.univ.Dr.,
în domeniul: Medicină, Medicină Dentară, Farmacie, vă rog să aprobați
întreruperea programului postdoctoral în perioada

Motivul pentru care solicit întreruperea programului postdoctoral este:

.....
.....

Data :

**Semnătura,
CERCETĂTOR POSTDOCTORAL**

.....

Telefon :

E-mail :

Domnului Director al Școlii Doctorale a Universității de Medicină și Farmacie "Carol Davila" din București