



## ȘCOALA DOCTORALĂ

**AVIZAT,**  
**Mentor**

**APROBAT,**  
**SENAT** din data de : \_\_\_\_\_  
**C.A** din data de : \_\_\_\_\_  
**C.S.U.D** din data de : \_\_\_\_\_  
**Avizat, 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  
**prelungirea programului postdoctoral** în perioada .....

Motivul pentru care solicit prelungirea programului postdoctoral este:  
.....  
.....

Data : .....

**Semnătura,**  
**CERCETĂTOR POSTDOCTORAL**

.....

Telefon:.....

E-mail:.....