



Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” din București

Aprobat,

RECTOR,

Prof. univ. dr. Viorel JINGA

Avizat,

Director C.S.U.D.

ÎNDEPLINIRE STANDARDE I.O.S.U.D. – UMFC

DA

NU

CERERE TIP pentru susținerea tezei de abilitare

Domnule Rector,

Subsemnatul/a (prenumele și numele)....., titular
la....., având funcția de
....., solicit prin prezenta susținerea tezei de abilitare cu titlul
„.....”
în domeniul de studii universitare de doctorat

Solicit ca procedura de abilitare în domeniul, să se desfășoare în cadrul Școlii
doctorale a Universității de Medicină și Farmacie “Carol Davila” din București.

Declar pe propria răspundere că informațiile prezentate în această cerere și în dosarul de abilitare corespund
realității.

Data

Semnătura,