



Anexa 1

Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” din București

**Aprobat,
RECTOR,
Prof. univ. dr. Viorel JINGA**

**Avizat,
Director C.S.U.D.,
Prof. univ. Dr. Cristina DINU PÎRVU**

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,
