***Anexa 2.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Avizat** | **Avizat** | **Avizat** | **Aprobat** |
| **Consiliul Școlii****Doctorale**  | **Consiliul pentru****Studiile Universitare****de Doctorat** | **Rector** | **Senat** |
|  |  |  |  |
| **Data** | **Data** | **Data** | **Data** |

**CERERE DE ACORDARE A CALITĂȚII DE MEMBRU AL ȘCOLII DOCTORALE**

**din cadrul I.O.S.U.D. - Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”**

**din București**

**Domnule Rector,**

Subsemnatul/Subsemnata,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prenumele și numele), titular la\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, gradul didactic/de cercetare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_având calitatea

de conducător de doctorat în domeniul de doctorat\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, calitate atestată prin OM nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicit prin prezenta acordarea calității de membru al Școalii DoctoraIe din cadrul I.O.S.U.D. - Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” din București.

Menționez faptul că susținerea tezei de abilitare a fost organizată și a avut loc în cadrul Universității\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atașez prezentei Dosarul de afiliere constituit conform ❑art.4 ❑ art. 5 al prezentului regulament.

Data Semnătura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_