



CERERE AUDIENȚĂ

Directorul Consiliului de Studii Universitare de Doctorat

Subsemnatul/a în calitate de student-doctorand înmatriculat la data /..... /..... , forma ☐ buget / ☐ taxă, în domeniul de studii universitare de doctorat : ☐ Medicină, ☐ Medicină Dentară, ☐ Farmacie în cadrul UMF „Carol Davila” din București, sub conducerea științifică a Prof./Conf.univ.dr., prin prezenta, vă rog a-mi aproba **înscrierea în audiență**.

Solicit această audiență pentru

Semnătura,

STUDENT - DOCTORAND

.....

TELEFON:

Doamnei Director a Consiliului de Studii Universitare de Doctorat