



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „CAROL DAVILA“ DIN BUCUREȘTI



Str. Dionisie Lupu 37, sector 2, București, 020021, România, www.umfed.ro, email: rectorat@umfed.ro

Avizat,
Conducător științific

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 student-doctorand
înmatriculat la data/...../....., forma ☐ buget / ☐ cu taxă, sub conducerea
științifică a Prof./Conf.univ.dr., în domeniul de
studii universitare de doctorat : ☐ Medicină, ☐ Medicină Dentară, ☐ Farmacie, vă rog să
aprobați **prelungirea studiilor universitare de doctorat** în perioada

Motivul pentru care solicit prelungirea studiilor universitare de doctorat este:
.....
.....
.....

De asemenea, menționez că ☐ am beneficiat / ☐ nu am beneficiat de alte aprobări ale
conducerii universității pentru ☐ întreruperea / ☐ prelungirea studiilor doctorale cumulate
pentru o perioadă de între anii

Data :

Semnătura,
STUDENT - DOCTORAND
.....

Telefon:.....

E-mail:.....

Domnului Director al Școlii Doctorale a Universității de Medicină și Farmacie "Carol Davila" din București