



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,
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 **întreruperea studiilor universitare de doctorat** în perioada
..... .

Motivul pentru care solicit întreruperea 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