



ȘCOALA DOCTORALĂ

CERERE

Eliberarea diplomei de licență și a suplimentului la diplomă

Subsemnatul(a)* _____,
student-doctorand înmatriculat la data de _____.____._____ în cadrul IOSUD - UMFCFCD,
conducător de doctorat _____, domeniul de doctorat
☐ Medicină, ☐ Medicină Dentară, ☐ Farmacie, solicit eliberarea diplomei de licență și a
suplimentului la diploma pentru 48 de ore.

Telefon:

Semnătură,

**Domnului Director al Școlii Doctorale a Universității de Medicină și Farmacie
„Carol Davila” din București**

** se va completa cu majuscule*

UMFCFCD: cod fiscal: 4192910, cont: RO13TREZ70020F330500XXXX, banca: Trezoreria Municipiului
București

tel: +40.21 318.0719; +40.21 318.0721; +40.21 318.0722