



ȘCOALA DOCTORALĂ

CERERE

eliberare legitimație de student pentru reducere/gratuitate la transport

Subsemnatul(a)* _____,
student-doctorand înmatriculat la data de _____.____._____ în cadrul IOSUD - UMFCFCD,
domeniul de doctorat ☐ Medicină, ☐ Medicină Dentară, ☐ Farmacie, conducător de
doctorat _____, solicit eliberarea legitimației de student
pentru reducere/gratuitate la transport.

Semnătură,

Atașez prezentei:

- Copie act de identitate
- 2 (două) fotografii format 3/4

Telefon: _____

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

** se va completa cu majuscule*