



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

ȘCOALA DOCTORALĂ

Formular I

De acord,
Conducător de doctorat

(semnătura)

DOMNULE RECTOR,

Subsemnatul/(a)* _____ născut(ă) la data de: zi _____ lună _____ an _____, în localitatea _____, județul _____ vă rog să binevoiți a-mi aproba înscrierea la concursul de admitere la studiile universitare de doctorat în sesiunea iulie 2025, domeniul ☐ Medicină ☐ Medicină Dentară ☐ Farmacie, conducător științific _____.

Menționez că am prezentat la înscriere următoarele documente:

- ☐ Cerere pentru înscriere (formular I)
- ☐ Fișă personală (formular II)
- ☐ Atestatul de absolvire a anului pregătitor de limbă română sau certificatul de competență lingvistică
- ☐ Curriculum vitae - semnat
- ☐ Lista lucrărilor științifice elaborate și publicate (opțional)– semnată
- ☐ Nota de informare și consimțământ (formular IV)

Data _____

Semnătura _____

Domnului Rector al Universității de Medicină și Farmacie “Carol Davila” București

** cererea și fișa personală se vor completa obligatoriu la toate punctele, cu litere de tipar (majuscule)*