



**ȘCOALA DOCTORALĂ**

**CERERE**

**eliberare legitimație de student pentru reducere/gratuitate la transport**

Subsemnatul(a)\* \_\_\_\_\_,  
student-doctorand înmatriculat la data de \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ în cadrul IOSUD - UMFCF,  
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*