



Aprobat,
Consiliul Școlii Doctorale

din data de : _____

DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul/a _____ student-doctorand înmatriculat la data _____ în domeniul de studii universitare de doctorat : Medicină, Medicină Dentară, Farmacie, la forma de finanțare buget cu bursă, buget fără bursă, taxă, sub coordonarea domnului/doamnei _____ univ.Dr. _____, în baza *Regulamentului de organizare și desfășurare a studiilor universitare de doctorat din cadrul IOSUD U.M.F "Carol Davila " din București*, vă rog să-mi aprobați continuarea studiilor doctorale sub coordonarea domnului/doamnei _____ univ.Dr. _____, conducător de doctorat în același domeniu.

Motivul pentru care solicit transferul sunt:

Conducător de doctorat nou propus,

_____ univ. Dr. _____

Semnătură:

Student-doctorand,

Semnătură: _____

Telefon : _____

* Se înregistrează și se depune la Secretariatul Școlii Doctorale



Aprobat,
Consiliul Școlii Doctorale
din data de : _____

DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul/a _____ conducător de doctorat al
studentului _____ înmatriculat la data _____ în domeniul
de studii universitare de doctorat : Medicină, Medicină Dentară, Farmacie, îmi exprim
 acordul, dezacordul privind solicitarea acestuia de a se transfera la conducătorul de doctorat

*Nu sunt de acord cu acest transfer din următoarele motive: _____

Conducător de doctorat inițial,

_____ univ. Dr. . _____

Semnătură:

* Se va completa în cazul în care conducătorul de doctorat își exprimă dezacordul privind transferul studentului doctorand.