



ȘCOALA DOCTORALĂ

Formular I

De acord,
Conducător de doctorat

(semnătura)

DOMNULE RECTOR,

Subsemnatul/(a)* _____, absolvent al Facultății de _____ din cadrul Universității _____ și al Masteratului _____ din cadrul Facultății _____, Universitatea _____, vă rog să binevoiți a-mi aproba înscrierea la concursul de admitere la studiile universitare de doctorat în sesiunea iulie 2026, domeniul Medicină Medicină Dentară Farmacie, conducător de doctorat _____.

Menționez că am prezentat la înscriere următoarele documente:

- Cerere pentru înscriere (formular I)
- Fișă personală (formular II)
- Atestatul de absolvire a anului pregător 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)*

UMFCD: cod fiscal: 4192910, cont: RO13TREZ70020F330500XXXX, banca: Trezoreria Municipiului
București tel: +40.21 318.0719; +40.21 318.0721; +40.21 318.0722