**ȘCOALA DOCTORALĂ**

**CERERE**

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

Subsemnatul(a)*_____,
student-doctorand înmatriculat la data de ____.___._____ în cadrul IOSUD - UMFCD, 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 si Farmacie ”Carol Davila” din București**

**** se va completa cu majuscule***