



MINISTERUL EDUCAȚIEI
Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova
ȘCOALA DOCTORALĂ

Nr. _____ / _____ 2022

Aprobat,
Consiliul Școlii Doctorale U.M.F. Craiova
din data de :

DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul/a,,
conducător de doctorat în cadrul Școlii Doctorale U.M.F. Craiova, domeniul
....., vă solicit, prin prezenta, încetarea relației
contractuale cu studentul - doctorand,
înmatriculat la data de, forma studiilor.....,
forma de finanțare

Motivul:
.....
.....

Data:

Semnătura:

Obs.
.....

(se prezintă situația studentului-doctorand din evidențele Serviciului Secretariat)

DOAMNEI DIRECTOR A ȘCOLII DOCTORALE - UNIVERSITATEA
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CRAIOVA