



MINISTERUL EDUCAȚIEI
Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova
ȘCOALA DOCTORALĂ

Nr. _____ / _____ 2022

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

Aviz favorabil,
Conducător de doctorat,
..... univ. dr

DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul/a,,
student-doctorand înmatriculat(ă) la data de,
în domeniul, conducător de doctorat
..... univ. dr,
vă adresez rugămintea de a-mi aproba ÎNTRERUPEREA STUDIILOR
UNIVERSITARE DE DOCTORAT pentru o perioadă de luni,
începând cu data de

Motivul:
.....

Menționez că am/nu am o altă întrerupere/prelungire.

Data:

Semnătura:

Obs.
.....

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

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