



**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 PRELUNGIREA STUDIILOR  
UNIVERSITARE DE DOCTORAT pentru o perioadă de ..... luni.  
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