



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 RELUAREA STUDIILOR
UNIVERSITARE DE DOCTORAT întrerupte la data de:,
începând cu data de:

Data:

Semnătura:

Obs.

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

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