



C ă t r e,

Conducerea Școlii Doctorale

Subsemnata(ul) (numele și prenumele*) _____

doctorand înmatriculat la data de _____,

domeniul** _____,

Forma *** _____,

Telefon _____,

Email _____,

Conducător științific _____,

Vă rog să binevoiți a-mi aproba eliberarea unei adeverințe care să ateste calitatea de student-doctorand.

Data,

Semnătura,

*numele, prenumele

** Medicină, Medicină dentară, Farmacie

*** Cu frecvență buget/bursă/taxă, Cu frecvență redusă buget sau taxă