



MINISTERUL EDUCAȚIEI  
Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova  
ȘCOALA DOCTORALĂ

Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2022

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

DOMNULE 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)

DOMNULUI DIRECTOR AL ȘCOLII DOCTORALE -  
UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CRAIOVA