



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,,
student - doctorand în cadrul Școlii Doctorale U.M.F. Craiova, domeniul
....., înmatriculat(ă) la data de, forma
studiilor....., forma de finanțare

vă solicit, prin prezenta, încetarea relației contractuale cu conducătorul de
doctorat univ. dr

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