



**MINISTERUL EDUCAȚIEI**  
**Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova**  
**ȘCOALA DOCTORALĂ**

Nr. .... / .....09.2022

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul (a), .....,  
domiciliat (ă) în ....., județul .....,  
strada....., nr. ...., bl. ...., sc. ...., ap. ....  
tel.: ....., mobil: .....,  
absolvent(ă) al (a) universității: .....  
Facultatea de ....., specializarea: .....,  
promoția: ....., posesor/posesoare al/a titlului științific de Doctor  
conferit prin ordinului ministrului educației nr. .... din .....,  
în domeniul: Medicină / Medicină dentară / Farmacie vă rog să binevoiți a-mi  
aproba înscrierea la concursul de admitere pentru programele postdoctorale  
de cercetare avansată, în sesiunea septembrie 2022, domeniul: Medicină /  
Medicină dentară / Farmacie, forma de învățământ cu frecvență, forma de  
finanțare cu taxă, având ca mentor pe dl/dna .....univ. dr .....  
.....,  
titlul temei de cercetare: .....

Declar că urmez / nu urmez concomitent următoarele programe de studii (se vor menționa: ciclul de studii și instituțiile de învățământ care îl oferă): .....

Am luat la cunoștință prevederile Regulamentului de organizare și desfășurare a programelor postdoctorale de cercetare avansată în cadrul Școlii Doctorale Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova.

Data: .....      Semnătura: .....

Domnului Director al Școlii Doctorale - Universitatea de Medicină  
și Farmacie din Craiova

---