UNIVERSITATEA DIN BUCUREȘTI

Facultatea de ........................

Școala Doctorală ............

Aprobat,

Rector / Director CSUD

Aviz, Aviz,

Decan Director Școala Doctorală

Domnule Rector,

Subsemnatul(a) ………………………………………...................….…………………

student-doctorand(ă) înmatriculat(ă) în anul ……., forma de învățământ (cu frecvență/cu frecvență redusă)/ forma de finanțare (buget cu bursă/buget fără bursă/taxă), domeniul ……………., ………. la Școala Doctorală …………………………………………..……….. din cadrul Facultății de …………………………………………...........…………., sub conducerea ştiinţifică a conducătorului de doctorat prof./conf./lector habil (se va preciza gradul didactic sau de cercetare) …………………………………….....................….……. vă rog să-mi aprobați, în conformitate cu legislația în vigoare, **întreruperea** studiilor universitare de doctorat pentru …… luni, în perioada …………………………………………………… .

 Menționez că solicit această întrerupere din următoarele motive: …………………………………..............................................................................………….......….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………....

Data: Semnătură student-doctorand,

Aviz,

Conducător de doctorat

Domnului Rector al Universității din București