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 frecventa/cu frecventa redusa)/ forma de finanțare (buget cu bursa/buget/taxa) , 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 al conducătorului de doctorat) …………………………………………..………….……. vă rog să-mi aprobați, în conformitate cu legislația în vigoare, **prelungirea** studiilor universitare de doctorat pentru …… luni, în perioada …………………………………………………… .

 Menționez următoarele:

* explicitez mai jos gradul de îndeplinire a standardelor minimale necesare pentru acordarea diplomei de doctor în domeniul..............................:

1.articole/participări conferințe/etc.

* am realizat un procent de .................... din teza de doctorat;
* am îndeplinit următoarele activități obligatorii prevăzute de legislație și de Regulamentul UB (două pe an începând cu anul universitar 2024/2025 pentru studenți-doctoranzi înmatriculați înainte de anul 2024), respectiv : ...........

Data: Semnătură student-doctorand,

Confirm corectitudinea celor menționate de drd.

 De acord,

Conducător de doctorat

Domnului Rector al Universității din București