



ANEXA 2.1. - Capitolul 3

CERERE DE TRANSFER

UNIVERSITATEA _____

(de unde vine) _____

Nr. _____ din _____

UNIVERSITATEA _____

(unde vine) _____

Nr. _____ din _____

DE ACORD,

RECTOR

L.S.

DE ACORD,

RECTOR

L.S.

DE ACORD,

DIRECTOR CSUD

L.S.

DE ACORD,

DIRECTOR CSUD

L.S.

Aviz favorabil,

CONDUCĂTOR DE DOCTORAT

L.S.

Aviz favorabil,

CONDUCĂTOR DE DOCTORAT

L.S.

DOMNULE RECTOR,

Subsemnatul/a _____ student - doctorand în
cadrul Universității _____, domeniul de doctorat
☐ Medicină ☐ Medicină Dentară ☐ Farmacie, forma ☐ buget ☐ taxă; cursuri de zi, anul de studii _____,
vă rog să binevoiți a-mi aproba transferul în cadrul aceluiași domeniu, anul de studii _____, începând cu
anul universitar _____, la Universitatea _____, domeniul
☐ Medicină ☐ Medicină Dentară ☐ Farmacie.



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „CAROL DAVILA“ DIN BUCUREȘTI



Str. Dionisie Lupu 37, sector 2, București, 020021, România, www.umfed.ro, email: rectorat@umfed.ro

Solicite acest transfer din următoarele motive:

1. _____;
2. _____;
3. _____.

Anexez cererii o copie a dosarului de doctorat.

Data _____

Semnătura _____

DOMNULUI RECTOR AL UNIVERSITĂȚII _____
(de unde vine)

Notă:

Cererea se completează în două exemplare (un exemplar pentru fiecare instituție).



DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul/a, identificat cu C.I. seria,
nr., eliberat de..... la data de, valabilitate,
CNP..... cu domiciliul în localitatea.....,
țara....., student-doctorand la Universitatea,
doresc transferul în cadrul Universității de Medicină și Farmacie “Carol Davila” București,
domeniul de doctorat ☐Medicină ☐Medicină Dentară ☐Farmacie și declar pe propria
răspundere că accept condiția de a studia în regim cu **taxă** și sunt de acord cu plata taxei în
quantum de _____ lei, iar înscrisurile din documentele ce atestă perioada studiilor efectuate
la Universitate sunt reale.

Declar pe propria răspundere că datele și informațiile din prezenta declarație corespund
realității. În caz contrar, am luat act că Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila"
din București are dreptul de a anula studiile efectuate și de a nu restitui taxele achitate.

Notă: Înțeleg că orice omisiune sau incorectitudine în prezentarea informațiilor este pedepsită
conform legii (art. 292 privind falsul în declarații din Codul Penal).

Semnătura: _____

Data: _____



SECRETARIAT ȘCOALĂ DOCTORALĂ

FIȘĂ DE LICHIDARE

TRANSFER

Vă rugăm să precizați dacă studentul – doctorand _____
din țara _____, CNP _____, C.I./pașaport seria _____,
nr. _____, înscris la studiile universitare de doctorat în perioada _____,
forma de finanțare _____, are datorii față de Universitatea de Medicină și
Farmacie "Carol Davila" din București, direcția:

FINANCIAR - CONTABILITATE _____

Data: _____

**Secretar Șef Școală Doctorală,
Șef lucrări dr. Florentina GHERGHICEANU**