Nr. ..............................................

Aprobat,

Director Școală Doctorală

……..……………………

 Aviz,

Conducător de doctorat

………………………..

**DoMNUle director,**

 Subsemnatul(a)………………………………………………………………., doctorand(ă), înmatriculat(ă) la data de…………………………………, forma de învățământ cu frecvenţă / frecvenţă redusă, buget / cu taxă, în domeniul …………………………………, sub conducerea ştiinţifică a doamnei/domnului Prof. univ. dr. …………………………………, prin prezenta, vă rog să-mi aprobaţi întreruperea studiilor începând cu data de ......................... pe o durata de .....................

 Solicit aceasta deoarece..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Data …………….. Semnătura……………..