



**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ, FARMACIE, ȘTIINȚE ȘI TEHNOLOGIE
„GEORGE EMIL PALADE” DIN TÂRGU MUREȘ**

**Avizat,
RECTOR,
Prof.dr. Leonard AZAMFIREI**

ÎNDEPLINIRE CRITERII ȘI STANDARDE MINIMALE*

☐ DA

☐ NU

CERERE-TIP

de susținere a tezei de abilitare

Subsemnatul/a _____, titular la disciplina _____
_____, din cadrul departamentului _____,
al Facultății de _____, având funcția de _____,
solicít prin prezenta susținerea tezei de abilitare în domeniul de studii universitare de doctorat
_____.

Solicít ca procesul de obținere a abilitării în domeniul _____, să se
desfășoare în cadrul Școlii Doctorale _____ din
I.O.S.U.D. a UMFST G. E. Palade Tg. Mureș.

Declar pe proprie răspundere că informațiile prezentate în această cerere și în dosarul de
abilitare corespund realității.

Data,

Candidat,

***Se completează de către Directorul C.S.U.D. doar după verificarea și avizarea dosarului candidatului de către C.S.D.**