

**APROBAT,**

**SCSUD Nr. .... / .....**

Hotărârea CSUD nr. .... / .....

**AVIZUL CONSILIULUI ȘCOLII  
DOCTORALE,**

**AVIZUL CONDUCĂTORULUI DE  
DOCTORAT,**

Prof.univ.dr. \_\_\_\_\_  
(numele și semnătura)

Prof.univ.dr. \_\_\_\_\_  
(numele și semnătura)

Doamnă Director CSUD,

Subsemnatul(a) .....

..... student (ă) doctorand în cadrul Școlii doctorale de ....., înmatriculat(ă) la studii universitare de doctorat la data de ....., domeniul de doctorat ....., la forma de învățământ ....., forma de finanțare ....., având conducător de doctorat pe doamna/domnul Prof./Conf. univ. dr. ...., vă rog să-mi aprobați **prelungirea programului de studii universitare de doctorat**, de la 3 ani la 4 ani, conform Adresei Ministerului Educației nr. 850/GP/12555/10.09.2024.

**Am luat la cunoștință că finanțarea se asigură doar pentru studenții - doctoranzi care ocupă un loc finanțat de la bugetul de stat.**

Prin prezenta cerere îmi exprim acceptul de a plăti taxa pentru **prelungirea programului de studii universitare de doctorat de la 3 la 4 ani**, pentru anul universitar 2024 – 2025, în valoare de **10000 RON/ 5000 euro**, în cazul în care am fost înmatriculat/ă la forma de finanțare cu taxă.

Data,

Semnătură student doctorand,

Doamnei Director al Consiliului pentru Studiile Universitare de Doctorat (CSUD)