BCSUD NR………./ ……………

 AVIZUL CONDUCĂTORLUI DE DOCTORAT

 Prof. univ. dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( numele și semnătura)

Doamna Director,

Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,student- doctorand în cadrul Universității Naționale de Arte din București, înmatriculat(ă) la data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în cadrul Școlii doctorale UNAB- Studii Doctorale având conducător ştiinţific pe Domnul/Doamna Prof.univ.dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prin prezenta vă rog să binevoiţi a-mi aproba **reluarea \* studiilor universitare de doctorat**, conf. articolului 26 aliniat ( 5-7-8 ) din Regulamentul instituțional de organizare și desfășurare a studiilor universitare de doctorat, în anul universitar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în anul \_\_\_\_\_\_\_\_ de studii, după întreruperea de care am beneficiat în perioada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , cu acordul conducătorului de doctorat și aprobarea CSUD.

 Menționez că am luat la cunoștință că, potrivit contractului de studii, reluarea studiilor universitare de doctorat după întrerupere se face în regim cu finanțare de la buget, sau cu taxă, în conformitate cu reglementările aplicabile, în limita locurilor disponibile. Taxa de școlarizare va fi cea în vigoare în anul universitar în care studentul – doctorand revine după întrerupere.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Student – doctorand,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doamnei Director al Consiliului pentru Studiile Universitare de Doctorat

* Reluarea studiilor după întrerupere se face pe baza unui act additional la contractual de studii