



**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 \_\_\_\_\_,  
solicit prin prezenta susținerea tezei de abilitare în domeniul de studii universitare de doctorat  
\_\_\_\_\_.

Solicit 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.**