

DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, angajat în funcția de cadru didactic\*, asistent de cercetare\*, al \_\_\_\_\_, confirmat medic\*\*, medic dentist\*\*, farmacist\*\* rezident în specialitatea \_\_\_\_\_, prin Ordinul M.S. nr. \_\_\_\_/\_\_\_\_\_, cu finalizarea pregătirii în rezidențiat la data de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, vă rog să-mi aprobați înscrierea la examenul de obținere a titlului de medic\*\*/farmacist\*\* specialist din sesiunea **17 octombrie 2018**.

Centre universitare unde am efectuat pregătirea: \_\_\_\_\_;

Solicit susținerea examenului în Centrul universitar \_\_\_\_\_;

Solicit transmiterea certificatului obținut la DSPJ \_\_\_\_\_;

C.N.P. \_\_\_\_\_,

Telefon de contact \_\_\_\_\_,

E-mail \_\_\_\_\_.

Data:

Semnătura:

**Doamnei director a Centrului de Resurse Umane în Sănătate Publică**

**Gabriela ANGHELOIU**

Numele candidatului se va completa cu litere de tipar și diacritice, conform CI/BI

\* Se va sublinia varianta corectă

\*\* Se va încercui varianta corectă