



Ministerul Educației și Cercetării
UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
DIN CRAIOVA



RECTORAT

Nr. ____ / _____

Domnule Rector

Subsemnata/ul dr. _____, în prezent medic rezident
specialitatea _____, serie _____, anul _____,
sesiunea _____, în Centrul Universitar _____, vă rog să binevoști a-mi
aproba recunoașterea următoarelor stagii efectuate anterior în calitate de rezident specialitatea
_____:

.....
.....
.....
.....
.....
.....*

Anexez:

- acceptul coordonatorului de rezidențiat pentru recunoașterea stagiilor
- carnetul de rezident din vechiul rezidențiat în original
- copia carnetului de rezident din vechiul rezidențiat
- copie document schimbare nume (dacă este cazul)

Data

SEMNĂTURĂ REZIDENT

*se vor menționa stagiile conform duratei și denumirii din noua specialitate.

Strada Petru Rareș, Nr.2, Craiova, România
Telefon: +40351 443 551