

Nr. ____/____

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul/a dr._____, în prezent
medic rezident specialitatea_____, serie_____,
anul_____, sesiunea _____, în Centrul Universitar _____,
vă rog să binevoiți a-mi aproba recunoașterea următoarelor stagii efectuate anterior în
calitate de rezident, specialitatea _____

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

telefon:

e-mail:

Anexez:

- acceptul domnului Prorector;
- acceptul coordonatorului de rezidențiat pentru recunoașterea stagiilor;
- copia carnetului de rezident din vechiul rezidențiat;
- copie document schimbare nume (dacă este cazul).

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

Data:

SEMNĂTURĂ REZIDENT

Domnului Director al Direcției Reglementare și Formare Profesională Medicală