**UNITATEA SANITARA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SEDIUL IN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**COD FISCAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NR. INREGISTRARE..................../DATA................**

**ADEVERINŢĂ**

Prin prezenta se adevereşte că **D-l/D-na Dr**. ......................................... medic rezident, **specialitatea .................................................................,** în centrul universitar Timişoara, sub îndrumarea d-lui/d-nei Prof.dr. ..................................................., începănd cu data de .............................................. a efectuat stagiile de pregătire conform curriculei avănd**...................ani\_\_\_\_\_\_luni de pregătire,** la care se adaugă**...........ani,\_\_\_\_\_luni recunoscuţi** din rezidenţiatul anterior, de către Ministerul Sănătăţii prin aprobarea Nr............................, **totalizănd .......... ani** de pregătire **la data de ..........................,** dată la care se încheie pregătirea.

La data eliberării prezentei adeverinţe mai are următoarele stagii in desfăşurare:

Denumirea stagiului perioada de desfăşurare

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

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

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

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

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

S-a eliberat prezenta spre a-i servi la înscrierea la examenul de obţinere a titlului de medic /medic dentist/farmacist specialist în sesiunea 19 octombrie 2016.

**COORDONATOR DE REZIDENŢIAT,**

**NUME , PRENUME**

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

(semnatura, parafa şi ştampila clinicii/catedrei)

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