DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul/a (cu iniţiala tatălui)_____

CNP _____, cod rezident_____

confirmat ca medic/medic dentist/farmacist rezident **prin OMS nr._____/_____**

in specialitatea _____,

cu locul de muncă la Spitalul_____,

si cu contract individual de muncă pe perioadă nedeterminată/determinată_____ani,

aflat in pregatire la primul rezidentiat prin concurs,

cu pregatirea in centrul universitar _____

Vă rog să-mi aprobaţi înscrierea la examenul de obţinere a titlului de medic/medic dentist/farmacist specialist din sesiunea 29 martie 2016.

Solicit susţinerea examenului în Centrul universitar_____

Centre universitare unde am efectuat pregătirea:_____

Data încheierii pregătirii în rezidenţiat este_____.

Solicit transmiterea certificatului obţinut la DSPJ_____

Telefon de contact :_____

Timişoara **Semnătura**

Data: _____ _____

Catre,

DIRECŢIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEŢULUI TIMIŞ

-Cererea se va completa cu litere de tipar si cu diacritice, conform CI/BI