

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul/a (cu initiala tatalui) _____

CNP _____, medic/medic dentist/farmacist rezident

specialitatea _____

Nr. ordin de confirmare in rezidentiat _____ / _____ cu locul de munca

la Spitalul _____

si cu contract individual de muncă pe perioadă nedeterminată/determinată de _____ ani,

aflat in pregătire la primul rezidentiat prin concurs, cu pregătirea in centrul
universitar _____

Vă rog să binevoiti a ma inscrie la examenul de obținere a titlului de medic/medic
dentist/farmacist specialist din sesiunea 19 octombrie 2016.

Solicit susținerea examenului în Centrul universitar _____

Centre universitare unde am efectuat pregătirea: _____

Data încheierii pregătirii în rezidențiat este _____.

Solicit transmiterea certificatului obținut la DSPJ _____

Telefon de contact : _____

E-mail _____

Timișoara

Semnătura

Data: _____

D-NEI DIRECTOR EXEC.AL DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUD.TIMIȘ
-Cererea se va completa cu litere de tipar si cu diacritice, conform CI/BI