DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, confirmat medic/farmacist\* rezident prin OMS nr.\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în specialitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu finalizarea pregătirii în rezidenţiat la data de \_\_\_/\_\_\_/2017, aflat în pregătire la **primul rezidenţiat** **prin concurs**, vă rog să-mi aprobaţi înscrierea la examenul de obţinere a titlului de specialist din sesiunea **18 octombrie 2017.**

Centre universitare unde am efectuat pregatirea:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Solicit susţinerea examenului în Centrul universitar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Solicit transmiterea certificatului obţinut la DSPJ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

C.N.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Telefon de contact\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data: Semnătura:

**Doamnei director a Centrului de Resurse Umane în Sănătate Publică**

Numele candidatului se va completa cu litere de tipar şi cu diacritice, conform CI/BI

**\*** Se va sublinia varianta corectă