

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_,

născut(ă) la data \_\_\_\_\_ în localitatea \_\_\_\_\_ județul \_\_\_\_\_,

- medic / medic dentist/ farmacist\*,
- având gradul profesional de: specialist /primar / fără grad profesional (ex.:MG, D, F);

confirmat în specialitatea \_\_\_\_\_

prin Ordinul M.S. nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, cu loc de muncă la \*\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, vă rog să-mi aprobați înscrierea la examenul de obținere a atestatului de studii

complementare în \_\_\_\_\_

din sesiunea **9 noiembrie 2016**. cu susținerea

examenului în centrul universitar \_\_\_\_\_.

Solicit transmiterea atestatului obținut la DSPJ \_\_\_\_\_.

CNP \_\_\_\_\_,

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

Adresa de e-mail \_\_\_\_\_

Data:

Semnătura:

**Doamnei director executiv al Direcției de Sanatate Publica Timis**

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

\*Se va incercui/sublinia variant corecta a titului de licenta.

\*\* Se va completa cu denumirea institutiei /angajatorului sau F.P. pentru candidatii care nu au loc de muncă la momentul depunerii actelor de înscriere.