**CATRE**

**DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA TIMIS**

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

născut(ă) la data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ judeţul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

medic dentist, având gradul profesional de: specialist /primar / fără grad pofesional ;

 confirmat în specialitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vă rog să-mi aprobaţi înscrierea la examenul de obţinere a atestatului de studii

complementare în **IMPLANTOLOGIE**, din sesiunea **5 octombrie 2015**. cu susţinerea

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

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

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

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

Data: Semnătura:

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

\*\* Se va completa cu denumirea instituţiei /angajatorului sau F.P. pentru

candidaţii care nu au loc de muncă la momentul depunerii actelor de înscriere.