DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, angajat cu funcţia de **cadru didactic\*/asistent cercetare\***, al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, confirmat medic\*\*/farmacist\*\* rezident în specialitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prin Ordinul M.S. nr.\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, cu finalizarea pregătirii în rezidenţiat la data de \_\_\_/\_\_\_/2017, vă rog să-mi aprobaţi înscrierea la examenul de obţinere a titlului de medic\*\*/farmacist\*\* 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**

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

**\*** Se va sublinia varianta corectă

**\*\*** Se va încercui varianta corectă