**MODEL** **RECOMANDARE** NECESARA INSCRIERII LA EXAMENUL DE SPECIALIST ELIBERATA DE COORDONATORUL DE REZIDENTIAT

**PENTRU CEI CARE INCHEIE STAGIUL DE PREGATIRE IN PERIOADA:**

 **18 aprilie 2024 - 17 octombrie 2024, inclusiv**

Unitatea sanitară\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Secția clinică\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr. înregistrare \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RECOMANDARE**

D-l/d-na dr. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** aflat(ă**) *în***

***ultimul an de pregătire în rezidențiat* / *în a doua specialitate în regim cu taxă cu concurs de rezidențiat* / *în a doua specialitate în regim cu taxă prin depunere de dosar pe baza primei specialitati obtinute* ,** în specialitatea **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** cu pregătire în centrul universitar ..........................., și care va finaliza integral pregătirea până la data de ............................., se poate prezenta la examenul pentru obținerea titlului de medic/medic stomatolog/farmacist specialist din sesiunea 17 aprilie-17 mai 2024, având în vedere cunoștințele teoretice și practice acumulate prin parcurgerea stagiilor conform curriculei aprobate, urmând ca după examen să-și finalizeze pregătirea pentru a putea fi confirmat ca medic specialist.

1. Durata de pregătire efectuată este de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Durata totală a stagiilor recunoscute/echivalate este de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Mai are de efectuat următoarele stagii:

Denumirea stagiului: Perioada stagiului:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MANAGER,**

 **COORDONATOR,**

**NUME , PRENUME NUME, PRENUME**

(semnătura, ștampila unității) (semnătura și ștampila clinicii)