**UNITATEA SANITARA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DENUMIREA CLINICII\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NR. INREGISTRARE..................../DATA................**

**ADEVERINŢĂ**

Prin prezenta se adevereşte că **D-l/D-na Dr**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ medic rezident, **specialitatea ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ,** în centrul universitar Timişoara, sub îndrumarea d-lui/d-nei Prof.dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, începănd cu data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , a efectuat stagii de pregătire conform curriculei, dupa cum urmeaza:

-pana la data de 01.08.2020 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ani, \_\_\_\_\_\_ luni, \_\_\_\_\_\_\_\_zile

-recunoscute de Ministerul Sănătăţii stagii efectuate anterior inceperii pregatirii prin rezidentiat \_\_\_\_\_ ani, \_\_\_\_\_\_ luni,\_\_\_\_\_\_ zile, conform adresei M.S. nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

-stagii de efectuat din data de 01.08.2020 si pana la finalizarea pregatirii \_\_\_\_\_\_ luni şi \_\_\_\_\_ zile.

**La data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_se incheie pregătirea prin rezidenţiat.**

La data eliberării prezentei adeverinţe următoarele stagii sunt in desfăşurare:

|  |  |
| --- | --- |
| Denumirea stagiului | Perioada de desfasurare |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 S-a eliberat prezenta spre a-i servi la înscrierea la examenul de obţinere a titlului de medic specialist **pentru care examenul incepe la data de 12 septembrie 2020.**

**COORDONATOR DE REZIDENŢIAT,**

**NUME , PRENUME**

............................................................

(semnatura, parafa şi ştampila clinicii/catedrei)

.................................................................