

Domnule Director,

Subsemnatul (a) dr/farm. \_\_\_\_\_  
( nume purtat anterior \_\_\_\_\_), în prezent medic rezident  
serie \_\_\_\_\_ cu loc/post \_\_\_\_\_ specialitatea \_\_\_\_\_,  
încadrat(ă) la \_\_\_\_\_,  
CNP \_\_\_\_\_, carte de identitate seria \_\_\_\_\_  
numarul \_\_\_\_\_, eliberata de catre \_\_\_\_\_ la data de  
\_\_\_\_\_ **prin prezenta solicit iesirea din starea de  
incompatibilitate.**

Mentionez că în urma concursului rezidentiat din sesiunea  
21 mai 2017 am ales loc/post în specialitatea  
\_\_\_\_\_  
la \_\_\_\_\_.

Optez pentru continuarea pregătirii în specialitatea

\_\_\_\_\_loc/post\_\_\_\_\_

Avand in vedere ca **renunt** la rezidentiatul pe post in  
specialitatea \_\_\_\_\_  
la Spitalul \_\_\_\_\_  
declar pe propria raspundere ca am luat la cunostinta faptul că prin  
renuntarea la calitatea de rezident nu voi fi degrevat de obligatiile pe  
care mi le-am asumat prin actul aditional la contractul individual de  
muncă pe durată nedeterminată, încheiat în baza OU nr.18/2009 cu  
modificari si completari ulterioare si Decizia nr.5/2015 al Inaltei Curti de  
Casatie si Justitie..

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

Data.....

Semnătura.....