Domnule Director,

Subsemnatul (a) dr/farm.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( nume

purtat anterior\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), în prezent medic rezident serie

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_specialitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

încadrat(ă) la\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*, prin

prezenta solicit ieșirea din starea de incompatibilitate.

Menționez că în urma concursului de rezidențiat din sesiunea\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am ales loc/post în specialitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

la\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Optez pentru continuarea pregătirii în specialitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data...................................... semnătura.....................

* Rezidenții pe post vor declara că au luat la cunoștință faptul că prin renunțarea la calitatea de rezident nu vor fi degrevați de obligațiile asumate prin actul adițional la contractul individual de muncă pe durată nedetermitată, încheiat în baza OU nr.18/2009.