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

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

**ADEVERINŢĂ**

Prin prezenta se adevereşte că **D-l/D-na Dr**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ medic, medic stomatolog, farmacist rezident în **specialitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** în centrul universitar **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, 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 12.04.2023 va efectua : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ani, \_\_\_\_\_\_ luni, \_\_\_\_\_\_\_\_zile;

-stagii recunoscute de către Ministerul Sănătăţii din rezidentiatul anterior conform adresei nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , reprezentand \_\_\_\_\_\_\_ ani, \_\_\_\_luni, \_\_\_\_zile.

-stagii de efectuat din data de 13.04.2023 si pana la finalizarea pregatirii \_\_\_\_\_\_ luni şi \_\_\_\_\_ zile.

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

La data eliberării prezentei mai are următoarele stagii în desfășurare:

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

 S-a eliberat prezenta spre a-i servi la înscrierea la examenul de obţinere a titlului de medic specialist, medic stomatolog specialist, farmacist specialist în sesiunea **12 aprilie 2023.**

**COORDONATOR DE REZIDENŢIAT,**

**NUME , PRENUME**

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

(semnatura, parafa şi ştampila clinicii/catedrei)

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