DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, confirmat medic rezident prin OMS nr.\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în specialitatea**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, cu finalizarea pregătirii în rezidenţiat la data de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ , vă rog să-mi aprobaţi înscrierea la examenul de obţinere a titlului de specialist din sesiunea **17 octombrie 2018.**

Centre universitare unde am efectuat pregătirea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Solicit susţinerea examenului în Centrul universitar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Solicit transmiterea certificatului obţinut la DSPJ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

C.N.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Telefon de contact\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data: Semnătura:

**Doamnei director a Centrului de Resurse Umane în Sănătate Publică**

**Gabriela ANGHELOIU**

Numele candidatului se va completa cu litere de tipar şi diacritice, conform CI/BI