DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, angajat în funcţia de cadru didactic\*, asistent de cercetare\*, al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, confirmat medic\*\*, medic dentist\*\*, farmacist\*\* rezident în specialitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prin Ordinul M.S. nr.\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, cu finalizarea pregătirii în rezidenţiat la data de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, vă rog să-mi aprobaţi înscrierea la examenul de obţinere a titlului de medic\*\*/farmacist\*\* specialist din sesiunea **17 octombrie 2018.**

Centre universitare unde am efectuat pregatirea:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

**\*** Se va sublinia varianta corectă

**\*\*** Se va încercui varianta corectă