



Nr. înreg. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## CERERE

Subsemnatul(a) dr .....  
medic/medic stomatolog/farmacist primar/specialist în specialitatea .....  
..... conform ordinului MS nr .....  
din data ....., salariat la .....,  
cu contract de muncă pe perioadă determinată/nedeterminată, vă rog să-mi aprobați **înscrierea** în cea de  
**a doua specialitate în regim cu taxă**, în specialitatea .....  
....., în Centrul Universitar.....

telefon .....

e-mail .....

Anexez:

- Copie carte identitate;
- Copie acordul coordonatorului de rezidențiat;
- Copie xerox diplomă medic/farmacist (licență);
- Copie xerox a certificatului de liberă practică sau a certificatului de membru al colegiului de profil vizat pentru anul în curs;
- Copie xerox diplomă de medic/farmacist specialist/primar.

Data

.....

Semnătura

.....