

Coordonator program de rezidențiat

DE ACORD

C E R E R E

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 **înscirerea** în cea de
a doua specialitate în regim cu taxă, în specialitatea
....., în Centrul Universitar.....

telefon

e-mail

Data

.....

Semnătura

.....

Domnului/Doamnei Prof. dr. /Conf. dr. /Șef lucrări dr.