

## C E R E R E

Subsemnatul(a) .....,  
medic/medic stomatolog/farmacist primar/specialist în specialitatea .....,  
..... conform ordinului MS nr ..... din data .....,  
aflat în pregătire în cea de **a doua specialitate în regim cu taxă** în specialitatea  
....., în anul .....,  
în Centrul Universitar..... vă rog să binevoiți a-mi **aproba efectuarea**  
**stagiului** de .....  
din curricula de pregătire în specialitate, în perioada .....,  
la Spitalul .....,  
în secția / secția clinică.....

.

Data

.....

Semnătura

.....

Domnului/Doamnei Prof. univ. / Conf. univ. / Șef lucr. dr.....